

SECCIÓN A - PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULARDatos del Paciente: Asegurado Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Edad _____

Nombre Completo del Paciente: _____

Estado Civil _____ Ocupación _____ Fecha de nacimiento _____
DÍA MES AÑOPóliza _____ Certificado _____ Reclamo: Inicial ☐ Complemento ☐ P. Convencional ☐ P. Directo ☐

Si su reclamo es Complemento, indique: Diagnóstico _____ No. Reclamo _____

Nombre del Asegurado Titular _____

Teléfono _____ No. Cédula/DPI _____ Correo Electrónico _____

Si el reclamo es de una póliza de Accidentes Personales de Plan Escolar, indicar nombre del Padre o Encargado del Alumno a quién se debe emitir el cheque _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizó a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus registros clínicos) pertenecientes a este reclamo. También certifico estar enterado de la aplicación del Artículo 915 del Código de Comercio "Extinción de Responsabilidad", que indica, si con el fin de hacer incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones o no se remite con oportunidad la documentación referente al siniestro, la Compañía de Seguros quedará desligada de sus obligaciones.

Fecha _____
DÍA MES AÑO

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

SECCIÓN B - PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTEPóliza _____ Certificado _____ Reclamo: Inicial ☐ Complemento ☐ P. Convencional ☐ P. Directo ☐

Si el reclamo es Complemento, indicar: Diagnóstico _____ No. Reclamo _____

Nombre de la Empresa: _____

Nombre del Empleado Asegurado: _____ Fecha de Vigencia _____
DÍA MES AÑONombre del Dependiente: _____ Fecha de Vigencia _____
DÍA MES AÑOEs la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo Sí ☐ No ☐

Nombre de quien autoriza: _____ Cargo _____

Fecha _____
DÍA MES AÑO

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA

SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE

SECCIÓN C - PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

Nombre Completo del Paciente _____ Edad _____

Fecha de la primera consulta _____

Diagnóstico completo _____

Esta incapacidad es de origen: Accidente ☐ Adquirido ☐ Dental ☐ Congénito ☐ Embarazo ☐

Tiempo de evolución de la incapacidad _____

Si es por **Dental**, favor indique si la causa es por: Accidente ☐ Enfermedad ☐ Fecha _____
DÍA MES AÑOSi es por **Embarazo**, favor indique: F.U.R. _____ F.P.P. _____

Tratamiento suministrado _____

Indique fecha en que atendió al paciente _____

Si realizó cirugía, haga descripción de la misma e indique en que hospital _____

Quedará el paciente con algún impedimento o secuela de la incapacidad reportada Sí ☐ No ☐

Tiempo de incapacidad _____

¿Cuándo estima que el paciente quedará curado? _____

Nombre del Médico Tratante u Odontólogo _____

Especialidad _____ Colegiado _____

Dirección _____ Teléfono _____

Fecha _____
DÍA MES AÑO

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

