



FORMULARIO DE RECLAMACION INFORME DEL ASEGURADO

Para evitar demoras innecesarias, conteste cada una de las preguntas descritas en el formulario
Este cuestionario se contesta y se entrega a SEGUROS CREFISA, S.A. en relacion con una reclamación derivada del contrato contenido en

POLIZA N° _____ CONTRATANTE _____ TELÉFONO: _____ N° CERTIF. _____

Nombre del Asegurado	Número de Identidad	Edad
Nombre del Paciente	Parentesco con el Asegurado	Edad

Hora y fecha que ocurrió el accidente ó en que aparecieron los síntomas de la enfermedad

Fecha de la primera consulta

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

¿Cual fué el accidente ó enfermedad? Si fue enfermedad, ¿Cuáles fueron los síntomas?

Si es accidente detállese, ¿Como y donde ocurrió?

Describa las lesiones sufridas a consecuencia del accidente.

Han intervenido representantes de la autoridad? SI NO ¿Cuáles? _____

Nombre y Dirección de los Testigos que presenciaron el accidente	Teléfono

Si estuvo hospitalizado, dígame el nombre del hospital

¿ Días que estuvo hospitalizado?

¿ Si después de ser hospitalizado quedó incapacitado parcialmente para desempeñar las labores propias de su ocupación. Digase cuanto tiempo?

DESDE			HAST A		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

¿Tiene el afectado algún otro Seguro contra Accidentes o enfermedades?

(Sírvase citar La Compañía y N° Póliza) _____

¿Cuántas reclamaciones ha presentado la persona afectada durante la vigencia de esta Póliza? _____

Nombre y Dirección del (los) Médico (s) que atendieron al reclamante	Teléfono
Nombre Dirección	

Certifico que las respuestas anteriores son veraces y correctas a mi conocimiento y por este medio autorizo a todos los Doctores o a cualesquiera otra persona que me examinaron, asi como los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa a SEGUROS CREFISA, S.A., en relación con este reclamo.

Lugar y Fecha

Firma del Reclamante o Titular

INFORME DEL MEDICO

Nombre completo del paciente _____

Edad _____

Describa ampliamente el diagnóstico de la enfermedad o lesión encontrada y las complicaciones si las hubiere: _____

En caso de paciente femenina ¿Se debe este diagnóstico a EMBARAZO? _____

SI

NO

Edad gestacional por F.U.M. _____

¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia por primera vez o cuándo ocurrió el accidente? _____

Indique la fecha de la primera consulta: _____

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

¿Que condición similar o igual a esta ha tenido el paciente y desde cuándo? _____

¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente? _____

¿Clase de tratamiento, cirugía o intervención practicada? _____

(Describa detalladamente) _____

¿Costo de esta intervención? _____

¿Con internación? _____

SI

NO

FECHA EN QUE FUE EFECTUADA

DESDE

HASTA

¿DONDE SE EFECTUÓ? _____

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

DIGA LAS FECHAS DEL TRATAMIENTO

Cobrado por Visita

Total

Consultorio _____

Residencia _____

Hospital _____

Explique que otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante ¿Por qué? _____

¿Está todavía el paciente a su cuidado por ésta condición? (si fué dado de alta, de la fecha)

SI

NO

Fecha

DIA	MES	AÑO

Si hubiere fractura o dislocación, diga si es completa o incompleta: _____

Si hubiere fractura de huesos largos, diga la clase y localización: _____

¿Fué confirmado por rayos X? _____

SI

NO

OBSERVACIONES _____

Lugar y fecha: _____

Nombre y dirección del Médico: _____

Firma y Sello del Médico