

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 relación con una reclamación derivada del contrato contenido en:

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

Nombre del Asegurado		Número de Identidad		Edad																		
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Nombre del Paciente		Parentesco con el Asegurado		Edad																		
Hora y fecha que ocurrió el accidente o en que aparecieron los síntomas de la enfermedad		Fecha de la primera consulta																				
<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			DIA	MES	AÑO									
DIA	MES	AÑO																				
DIA	MES	AÑO																				

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

Si es accidente detállese, ¿Como y donde ocurrió?

Describe 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, Mencione el nombre del Hospital	¿ Días que estuvo hospitalizado?

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

DESDE			HASTA		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

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

(Sirvase mencionar 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 cualquier otra persona que me examinaron, asi como los hospitales u 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?

DIA	MES	AÑO

Indique la fecha de la primera consulta:

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

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

¿DONDE SE EFECTUÓ?

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