

HOJA DE RECLAMO



Yo, por este medio solicito los beneficios bajo mi ☐ Seguro Colectivo ☐ Póliza Individual No. _____ como resultado de mi incapacidad.

1. NOMBRE DEL ASEGURADO				
2. DIRECCION DEL ASEGURADO				
3. NATURALEZA DE LA DOLENCIA (Si la dolencia se debió a causa de un accidente diga dónde, por qué y cómo pasó)		Fecha de Nacimiento	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
			PRIMEROS SINTOMAS MANIFESTADOS	
			Día	Mes
				Año
4. Ha sufrido alguna vez el paciente de esta dolencia anteriormente? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (en tal caso explique)				
5. Se debió esta dolencia a la ocupación del paciente? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			PRIMERA FECHA DE CONSULTA	
NOMBRE		DIRECCION	Día	Mes
DOCTORES CONSULTADO Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a INISER.				
FECHA		FIRMA DEL RECLAMANTE		
ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE DE LA POLIZA SI ESTE RECLAMO ES POR SEGURO COLECTIVO				
1. NOMBRE DEL RECLAMANTE		FECHA EFECTIVA DEL SEGURO COLECTIVO		
		Día	Mes	Año
3. SEGURO COLECTIVO NUMERO		4. CERTIFICADO NUMERO		
6. NOMBRE DEL CONTRATANTE DE LA POLIZA				
7. ¿ ESTABA EL RECLAMANTE EMPLEADO A LA FECHA EN QUE EMPEZO LA INCAPACIDAD ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Si "no", explique).				
8. TIENE EL RECLAMANTE DERECHO DE LOS BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN OBRERA Y SI LO TIENE SE HA HECHO RECLAMO Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
9. ¿ RECOMIENDA USTED EL PAGO DE ESTE RECLAMO?				
10. OBSERVACIONES				

Patrono, asociación de empleados, o cualquier otro grupo a quien el seguro colectivo le fue emitido.

Fecha

Firmado a nombre del contratante de la Póliza Por

Cargo

DECLARACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

1.- Nombre del Paciente _____ Edad _____

2.- Fecha de los primeros Síntomas _____

3.- Cuando le consultó el paciente por primera vez sobre esta enfermedad? _____

4.- ¿Ha tenido el paciente alguna vez condición similar o igual a ésta? _____

SI _____ NO _____ (En caso positivo, diga cuando y describala): _____

5.- Especifique la naturaleza de la enfermedad _____

6.- Diga el tiempo de evolución de la enfermedad _____

7.- Describa : _____

7.1 Signos y síntomas de la enfermedad _____

7.2 Exámenes realizados (Especifique resultados): _____

7.3 Fecha de diagnostico: _____

7.4 Impresión diagnóstica : _____

7.5 Tratamiento : _____

8.-¿Está todavía el paciente a su cuidado por esta enfermedad? SI _____ NO _____

9.-¿ Puede ser reubicado en su trabajo habitual? SI _____ NO _____

10-Diagnostico principal que causa la incapacidad : _____

11-La enfermedad causa : (encierre en círculo y especifique el motivo)

11.1- Incapacidad Parcial-Reversible

11.2- Incapacidad Total-Reversible

11.3- Incapacidad Parcial-Permanente

11.4- Incapacidad Total-Permanente

Motivo : _____

12.-Fecha a partir de la cual el paciente sufre incapacidad _____

13.-Si fue dado de alta, indique fecha y condición _____

14.-OBSERVACIONES: _____

Firmado en la Ciudad de _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Nombre del medico tratante _____ Teléfono: _____

Firma, sello y código del medico tratante: _____

Dirección _____ Ciudad _____ País _____