Seguros LAFISE

FORMATO DE RECLAMO POR INCAPACIDAD

☐ Seguro Colectivo ☐ Plan Individual

I. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos: _____

☐ Cédula ☐ Residencia ☐ Pasaporte Nº:_____ Sexo: ☐ F ☐ M

Dirección:_____

Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Indicar el medio por el cual le enviaremos notificaciones de su reclamo:

☐ Correo electrónico ☐ Llamada telefónica ☐ Mensajería de texto ☐ Documentación física

Naturaleza de la incapacidad: ☐ Enfermedad ☐ Accidente

En caso que la incapacidad sea por enfermedad, indique diagnósticos y el tiempo de evolución:

_____

_____

_____

Para el caso de incapacidad a consecuencia de accidente detalle:

Lugar del accidente: _____ Fecha del accidente: _____

Describa el accidente: _____

_____

_____

¿Ha sufrido alguna vez esta incapacidad anteriormente? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta afirmativa explique: _____

_____

_____

Mencione los datos de los médicos tratantes:

Nombre	Dirección del centro médico/consultorio	Fecha de Consulta		
		Día	Mes	Año

Hago constar que las declaraciones contenidas en este formato son correctas, verídicas y que cualquier declaración falsa o inexacta anula este reclamo y la póliza afectada.

Autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que tenga conocimiento de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por **Seguros LAFISE**, como insumo para esclarecer la ocurrencia del siniestro, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 y 10 del Arto. 8 de la Ley Nº 423 (Ley General de Salud), relevándolos del secreto profesional a fin de que puedan facilitar la información solicitada por **Seguros LAFISE**, con mis nombres, apellidos e historial clínico.

Firmado en la ciudad de _____ el día _____ del mes de_____del año 20____

Seguros LAFISE

_____

Firma del asegurado

Centro de Atención de Reclamos, km 6.5 carretera a Masaya, Edificio COBIRSA I, 3er Piso, Managua, Nicaragua
Apdo. N° MR-170 8794-4040 • PBX: (505) 2255-8484 • E-mail: *reclamos-vida-slni@seguros.lafise.com* • N°RUC: J0310000000999

II. DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE (EN CASO DE RECLAMO POR SEGURO COLECTIVO)

Fecha de inclusión del asegurado: _____ /_____ / _____

Nombre del reclamante: _____

Seguro colectivo número: _____

Nombre del Contratante de la Póliza: _____

¿Estaba el asegurado empleado a la fecha en que empezó la incapacidad? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta negativa, explique: _____

_____

_____

_____

¿Tiene el asegurado derecho a los beneficios del INSS? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta afirmativa, ¿Ha realizado reclamo? ☐ Sí ☐ No

Completado por		Cargo	
Firma y sello del contratante	**Fecha**	**Número teléfono**	**Número celular**

III. DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del Paciente:_____ Sexo: ☐ F ☐ M

Fecha de los primeros síntomas: _____ /_____ / _____

¿Cuándo consultó el paciente por primera vez sobre esta enfermedad? _____

¿Ha tenido el paciente alguna vez una condición similar o igual a esta? ☐ Sí ☐ No

(en caso positivo, diga cuándo y descríbala):

_____

Mencione los antecedentes patológicos personales del paciente y fecha de diagnóstico:

Antecedentes	Fecha de diagnóstico
_____ _____ _____	_____/_____/_____
_____ _____ _____	_____/_____/_____
_____ _____ _____	_____/_____/_____

Especifique la naturaleza de la enfermedad: _____

Diga el tiempo de evolución de la enfermedad: _____

Describa:

Signos y síntomas de la enfermedad: _____

_____

¿Se realizaron exámenes? ☐ Si ☐ No

En caso de respuesta afirmativa especifique los resultados: _____

_____

Impresión diagnóstica: _____

_____ Fecha de diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

_____

Pronóstico: _____

Centro de Atención de Reclamos, km 6.5 carretera a Masaya, Edificio COBIRSA I, 3er Piso, Managua, Nicaragua
Apdo. N° MR-170 8794-4040 • PBX: (505) 2255-8484 • E-mail: *reclamos-vida-slni@seguros.lafise.com* • N°RUC: J0310000000999

¿Está todavía el paciente a su cuidado por su enfermedad? ☐ Si ☐ No

¿Puede ser reubicado en su trabajo habitual? ☐ Si ☐ No

En caso de respuesta afirmativa indique fecha aproximada en la que el paciente puede reintegrarse al trabajo:

_____/ _____ / _____

Diagnóstico principal que causa la incapacidad: _____

_____

_____

La enfermedad causa:

☐ Incapacidad parcial reversible ☐ Incapacidad parcial permanente

☐ Incapacidad total reversible ☐ Incapacidad total permanente

Motivo:

Fecha a partir de la cual el paciente sufre incapacidad: _____

Si fue dado de alta, indique fecha y condición: _____

Observaciones: _____

_____

Hago constar que las declaraciones contenidas en este formato son correctas y verídicas.

Nombre de médico: _____

Correo electrónico: _____

Firma y sello médico	Fecha	Número teléfono	Número celular

Seguros LAFISE

Centro de Atención de Reclamos, km 6.5 carretera a Masaya, Edificio COBIRSA I, 3er Piso, Managua, Nicaragua
Apdo. N° MR-170 8794-4040 • PBX: (505) 2255-8484 • E-mail: *reclamos-vida-slni@seguros.lafise.com* • N°RUC: J0310000000999