

## Hoja de Reclamo

Yo, por este medio solicito los beneficios bajo mi  Seguro Colectivo  Plaza individual No. \_\_\_\_\_ como resultado de mi incapacidad \_\_\_\_\_

1. Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

2. Dirección 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

Mujer

Primeros síntomas manifestados

Día

Mes

Año

4. Ha sufrido alguna vez el paciente de esta dolencia anteriormente? No  Sí  (En tal caso, explique)

5. Se debió esta dolencia a la ocupación del paciente? No  Sí

Doctores consultados	Nombre	Dirección	Primera fecha de consulta		
			Día	Mes	Año

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 cualquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a Seguros LAFISE.

Fecha

Firma del reclamante

Esta sección debe ser completada por el contratante de la póliza si este reclamo es por seguro colectivo.

1. Nombre del reclamante

Fecha efectiva del seguro del Reclamante

Día

Mes

Año

2. Seguro colectivo número

3. Seguro colectivo número

4. Nombre del contratante de la póliza

5. Estaba el reclamante empleado a la fecha en que empezó la incapacidad? (Si "no", explique).

Sí  No

6. Tiene el reclamante derecho de los beneficios de Compensación Obrera y si lo tiene se ha hecho reclamo

Sí  No

7. Recomienda usted el pago de este reclamo?

8. Observaciones:

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

Fecha

Firmado a nombre del contratante de la Póliza por

Cargo



# Declaración del medio tratante

1. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

2. Fecha de los primeros síntomas: \_\_\_\_\_

3. Cuándo le consultó el paciente por primera vez sobre ésta enfermedad? \_\_\_\_\_

4. Ha tenido el paciente alguna vez condición similar o igual a ésta? Sí  No  (en caso positivo, diga cuando y descríbala):

\_\_\_\_\_

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 del diagnóstico: \_\_\_\_\_

7.4 Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_

7.5 Tratamiento: \_\_\_\_\_

7.6 Pronóstico: \_\_\_\_\_

8. Está todavía el paciente a su cuidado por esta enfermedad? Si  No

9. Puede ser reubicado en su trabajo habitual? Si  No

10. Diagnóstico principal que causa la incapacidad: \_\_\_\_\_

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

11.1 Incapacidad Parcial-Reversible

11.3 Incapacidad Parcial-Permanente

11.2 Incapacidad Total-Reversible

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 \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma, sello y código del médico tratante: \_\_\_\_\_

Dirección

Ciudad

