

DATOS DEL ASEGURADO

No. de Póliza:		Contratante o dueño de la póliza:	
Nombre del Asegurado:			Cédula:
Fecha de nacimiento:	Dirección:		
Teléfonos:	Sexo:	<input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M
Casa	Celular	oficina	Estado Civil:

DATOS DEL ACCIDENTE

Cuando ocurrió el Accidente: D M A Fecha: / / Hora:	Donde Ocurrió el Accidente: Fue Accidente de tránsito: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo adjuntar parte policivo o su equivalente.
Como Ocurrió el Accidente: 	
Incluir los siguientes documentos: Recibos detallados originales, recetas médicas y copia de cédula del asegurado. En caso de desmembramiento presentar los rayos X	

Firma del Asegurado _____ Fecha: _____

DECLARACION DEL MEDICO

Nombre del Paciente	Cédula:	Edad	Sexo
Diagnostico	ICD		
Exámenes de laboratorio o rayos X que se ordenaron:			
Como se Produjo la lesión:			

¿El Asegurado sufre alguna enfermedad, además de las lesiones presentes, o tiene algún defecto físico? Si es así favor indicar la naturaleza de la misma y si está relacionada con la lesión actual.

Como consecuencia directa del accidente. ¿El asegurado tiene una inhabilitación temporal que le impide atender sus ocupaciones habituales? : Si No , Desde: _____

Existe la posibilidad que se declare inhabilitación permanente, en cuyo caso dar detalles:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Código de Procedimiento (CPT)	Descripción	Fecha de Atención	Lugar

Tratamiento:

Pronóstico:

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mí corresponden a los servicios prestados.

Nombre y Sello

Firma del Médico

Cédula o RUC y Registro

Dirección

Teléfonos

E-mail