

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 | | Estado Civil: |
| Casa | Celular | oficina | | |

DATOS DEL ACCIDENTE

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Cuando ocurrió el Accidente: | | Donde Ocurrió el Accidente: | | |
| D M A Fecha: / / Hora: | | 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