

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTES PERSONALES**

RNC 1-02-01717-4

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Nombre del Contratante \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Cédula/Pasaporte \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M**DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**Nombre del médico \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Especialidad \_\_\_\_\_ Exequatur No. \_\_\_\_\_ Centro médico \_\_\_\_\_

**LAS SIGUIENTES INFORMACIONES DEBEN SER COMPLETADAS POR EL MÉDICO TRATANTE**

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

2. Diagnóstico \_\_\_\_\_

Causa del Desmembramiento:  Enfermedad  Accidente

En caso de que la causa haya sido accidental, favor indicar fecha, lugar y detalles del accidente: \_\_\_\_\_

3. Extremidad o parte del cuerpo afectada \_\_\_\_\_

4. Cuándo ocurrió la pérdida o desmembramiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

5. ¿A qué altura de la extremidad ocurrió la pérdida? \_\_\_\_\_

6.- ¿Hubo procedimiento quirúrgico?  Sí  No En caso afirmativo, favor indicar nombre del Centro Médico, nombre del médico tratante y detalles de la cirugía: \_\_\_\_\_7. ¿En caso de pérdida de visión o de uno o ambos ojos, ¿fue esta pérdida parcial o completa?  Sí  No

En caso afirmativo, favor indicar nombre del Centro Médico, nombre del médico tratante y detalles de la cirugía: \_\_\_\_\_

8. Describa cualquier otra enfermedad o dolencia que afecte la presente condición: \_\_\_\_\_

9. ¿Desde cuándo la padece? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

10. ¿El paciente había sido notificado de este padecimiento?  Sí  No En caso afirmativo, favor indicar fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

11. Favor proporcionar toda la información adicional relativa a esta condición que considere útil para la evaluación y gestión de esta reclamación: \_\_\_\_\_

Reconozco que toda información provista es verdadera y válida, quedando por entendido que cualquier declaración o información falsa o inexacta provocará la invalidación de la indemnización al o los beneficiarios. El Asegurado es responsable de completar las informaciones aquí requeridas y costear los gastos que esta conlleve.

Firma del Asegurado

Firma y Sello del Médico Tratante

Fecha