

AVISO DE RECLAMACIÓN ACCIDENTES PERSONALES

seguros **g&t**
NO LE FALLA



PARA SER LLENADO POR EL CONTRATANTE

NÚMERO DE LA PÓLIZA: NÚMERO DEL CERTIFICADO:

NOMBRE DE LA PÓLIZA:

DIRECCIÓN: TELÉFONO:

NOMBRE DEL ASEGURADO:

FECHA EFECTIVA DE SU COBERTURA EN EL SEGURO:

¿CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE (FECHA)? HORA:

¿DÓNDE OCURRIÓ?

¿CÓMO OCURRIÓ?

¿SE HA RECLAMADO ANTERIORMENTE POR ESTE ACCIDENTE? SI: NO:

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA: _____ SELLO: _____

PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO, PADRE, MADRE O TUTOR

ESTIMADO ASEGURADO SÍRVASE TOMAR NOTA QUE PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL TRAMITE DE SU RECLAMO ES INDISPENSABLE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (De preferencia completar el formulario a máquina o con letra clara de molde)

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR
(En caso de póliza escolar):

DIRECCIÓN:

No. DE CÉDULA: ORDEN, REGISTRO, LUGAR DE EXTENSIÓN: NIT:

TELÉFONO 1: TELÉFONO 2: CORREO ELECTRÓNICO:

GRADO: (En caso de póliza escolar):

NOMBRE DEL ASEGURADO:

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE:

DIRECCIÓN: TELÉFONO:

FECHA EN QUE FUE ATENDIDO POR EL MÉDICO:

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA: _____



AVISO DE RECLAMACIÓN ACCIDENTES PERSONALES



PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE DEL ACCIDENTADO:

EDAD:

FECHA DEL ACCIDENTE:

DETÁLLENSE LAS LESIONES SUFRIDAS:

¿PUDO HABER SIDO CONSECUENCIA DE ALGUNA LESIÓN ANTERIOR?

SI:

NO:

DETALLE:

DE TODAS LAS FECHAS EN QUE ATENDIÓ AL PACIENTE:

En el hospital, No. de Visitas:

En las fechas:

En la clínica, No. de Visitas:

En las fechas:

En domicilio, No. de Visitas:

En las fechas:

CLASE DE TRATAMIENTO SUMINISTRADO:

¿POR CUÁNTOS DÍAS DEBE GUARDAR REPOSO?

¿HUBO HOSPITALIZACIÓN?

SI:

NO:

DESDE:

HASTA:

¿EN QUÉ HOSPITAL?

¿HUBO ALGUNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA?

SI:

NO:

DETALLE:

NOTA:

SI HUBO **FRACTURA:**

DETALLAR HUESO O HUESOS AFECTADOS.

SI HUBO **LACERACIÓN:**

DETALLAR NÚMERO DE SUTURAS, TAMAÑO Y PROFUNDIDAD.

SI HUBO **LESIÓN A DIENTES:**

IDENTIFIQUE E INDIQUE DIENTES AFECTADOS.

NOMBRE DEL MÉDICO:

NIT:

DIRECCIÓN CLÍNICA:

TELÉFONO 1:

TELÉFONO 2:

COLEGIADO No.

SELLO:

FIRMA DEL MÉDICO: _____

FECHA: _____

