



Recibido:

Estimado asegurado para atender su reclamo con prontitud, este reclamo deberá completarse debidamente, según se indica. La declaración médica en el reverso de este formulario únicamente puede ser sustituida por una constancia del hospital donde fue ingresado.

I. SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

DATOS DEL CERTIFICADO

_____ / ____ / _____
No. Póliza No. Certificado Fecha de ingreso a la póliza

_____ / ____ / _____
Apellidos Nombres Fecha de nacimiento

Si el reclamo es por causa de enfermedad, por favor indique cuándo comenzó _____ / ____ / _____

Qué médicos le han atendido por esta dolencia (indique nombres y fechas)

_____ / ____ / _____

_____ / ____ / _____

_____ / ____ / _____

Si es por causa de accidente, ¿Cuándo ocurrió? _____ / ____ / _____

Lugar dónde ocurrió _____

Describa cómo ocurrió _____

Nombre del médico que le atendió en este caso _____

Fecha de primera visita _____

Certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y autorizo a todos los hospitales, médicos, laboratorios, otras instituciones y personas que me brindaron servicio, a que suministren a Aseguradora Agrícola Comercial S.A, toda la información relacionada con el diagnóstico descrito en este formulario, incluyendo copia exacta de sus archivos

Firma del asegurado

Fecha

DATOS DE CONTACTO

Teléfono _____

Dirección electrónica _____

II. SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente _____

Fecha del servicio prestado _____ / _____ / _____

Diagnóstico principal _____

Otros diagnósticos _____

Condición debido a: Enfermedad Accidente

Si es por enfermedad, según su opinión ¿cuándo iniciaron los primeros síntomas? _____

Si es por causa de accidente, ¿Cuándo ocurrió? _____ / _____ / _____

Describa brevemente el tratamiento _____

Si hubo hospitalización:

Fecha ingreso _____ / _____ / _____ Fecha alta _____ / _____ / _____

Nombre del hospital _____

¿Quedará el paciente con algún impedimento o secuela? SI NO

En caso afirmativo explique el motivo _____

Tiempo de incapacidad: _____

En cuánto tiempo estima que el paciente se considerará curado _____

Nombre del médico _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma del médico tratante

(Sello)