



FORMA DE RECLAMACION POR PRIMER DIAGNOSTICO DE CANCER

ASEGURADO PRINCIPAL

☐

CÓNYUGE

☐

DEPENDIENTE

☐

NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL: _____

TELÉFONO: _____ DPI: _____ Correo: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____ Certificado: _____

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO RECLAMANTE

Nombre Completo del paciente: _____

Sexo: F

☐

M

☐

Apellido paterno/

Apellido materno/

Nombres

Edad: _____

DPI: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Día

Mes

Año

Estado Civil: _____

Ocupación: _____

DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN

¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas?: Mes _____ Día _____ Año _____

Fecha en que fue atendido por primera vez: Mes _____ Día _____ Año _____

Indique el nombre y dirección del (los) médico(s) y hospital(es) donde ha recibido tratamiento en los últimos dos (2) años:

Médico

Hospital

¿Se le ha diagnosticado Cáncer anteriormente?

Si

☐

NO

☐

En caso afirmativo, indique la fecha del diagnóstico: Día _____ Mes _____ Año _____

INCLUYA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- Historia clínica completa.
- Copia de exámenes de laboratorio y/o histopatológicos específicos que confirmen el diagnóstico de Cáncer.

Firma del asegurado: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones suministren a la Compañía de Seguros cualquier información (incluyendo copias exactas de sus registros clínicos) pertenecientes a este reclamo.

También certifico estar enterado de la aplicación del Artículo 915 del Código de Comercio "Extinción de responsabilidad", que indica, si con el fin de hacer incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones o no se remite con oportunidad la documentación referente al siniestro, la Compañía de Seguros quedará desligada de sus obligaciones.

INFORME MÉDICO (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

1. ¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas?: Mes _____ Día _____ Año _____

2. Fecha en que fue atendido por primera vez: Mes _____ Día _____ Año _____

3. Fecha del último tratamiento o visita médica: Mes _____ Día _____ Año _____

4. ¿Ha sufrido el reclamante anteriormente de esta condición o una parecida?

a. Sí ☒ No ☒

En caso afirmativo, indique:

5. ¿Cuál fue el Diagnóstico o condición?: _____

6. Fecha en que surgió la condición: Mes _____ Día _____ Año _____

7. ¿Estuvo hospitalizado el reclamante por la condición que certifica?

a. Sí ☒ No ☒

En caso afirmativo, indique:

8. Nombre y dirección del hospital: _____

9. Indique nombre de otros médicos que han tratado al paciente: _____

CERTIFICACIÓN MÉDICA

CERTIFICO que la condición indicada, en mi opinión, realmente describe la situación médica del paciente. Igualmente, CERTIFICO que soy un médico autorizado a ejercer la profesión.

Nombre del Médico _____

Especialidad: _____

Dirección _____

Núm. de Licencia _____ Teléfono _____

Correo Electrónico _____

Firma

Fecha _____