

Formulario de Reclamación de Accidente y Salud

Instrucciones

1. Usted debe hacer referencia a su póliza al momento de someter la reclamación.
2. Presentar la evidencia de su reclamación de acuerdo a la póliza.
3. Completar el formulario en todas sus partes con letra imprenta y legible.
4. Adjuntar copia de su documento de identidad personal.

Parte I - Información del Reclamante

1. Contratante (sólo si es colectiva) _____ 2. No. Póliza _____
3. Nombre del Asegurado Titular _____
4. Nombre del Reclamante (Paciente) _____
5. Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) 6. No. de Identificación _____
7. Dirección Residencial _____
8. Tel. Residencial _____ 9. Tel. Trabajo _____ 10. Celular _____
11. Relación con el Titular _____ 12. Ocupación _____
13. Correo electrónico _____

Parte II – Datos del Reclamo

1. Su reclamación se efectúa por Enfermedad Accidente Otro _____
2. Diagnóstico motivo de la reclamación _____
3. Cobertura Reclamada:

<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Incapacidad	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos	<input type="checkbox"/> Desempleo	
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Pérdida de Órganos	
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental	
4. En caso de enfermedad, cuándo se presentaron los primeros síntomas ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)
 Fecha en que recibió atención por primera vez ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

Nombre del médico u hospital que le trató por primera vez _____

Nombre de médicos u hospitales que lo hayan tratado por esta condición _____

5. En caso de accidente, cuándo ocurrió el accidente ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Hora _____ am pm

Describa cómo y dónde ocurrió el accidente _____

6. En caso de accidente de tránsito, hubo parte policivo Sí No

En caso afirmativo, favor adjuntar copia del parte policivo.

7. En caso de haber sido hospitalizado, indique nombre y dirección del hospital _____

Fecha de hospitalización: Desde ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Hasta ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

8. En caso de incapacidad y desempleo, datos de la empresa donde labora

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Contacto _____

Último día de trabajo ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Inicio de cese de labores ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

Razón de la cesantía _____

Autorización

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta.

Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico, enfermera, proveedores, corredores de seguros, otras Compañías de Seguro o cualquier otra persona que me haya atendido o examinado, así o como a cualquier otra entidad u organización en general, que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente a mi persona, para que suministren dicha información y/o documentación a Chubb Seguros Panamá S.A. o a sus representantes, siendo suficiente copia de este documento que es tan válido como su original.

Firma del reclamante _____ Fecha ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)