

FORMULARIO DE RECLAMACION PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

AVISO AL ASEGURADO

Este formulario puede usarse para reclamaciones tanto por concepto de enfermedad como de accidente.
Si la póliza cubre el pago de gastos médicos deberán presentarse cuentas detalladas de las mismas.

Póliza número _____	(ESTE ESPACIO SERA LLENADO POR LA OFICINA DE LA COMPAÑIA) Prima pagada hasta _____ (Fdo.) _____
---------------------	--

(1) Nombre del asegurado:	Fecha de Nacimiento: DIA MES AÑO
(2) ¿Cuál es su ocupación?	
(3) Nombre y dirección de su patrono	
(4) ¿Era su empleo permanente al tiempo de incapacitarse?	

ANTECEDENTES	
(5) ¿A qué otras compañías está usted presentando una reclamación?	
(6) ¿Qué enfermedad o lesión sufrió?	
(7) ¿En qué fecha se presentaron los síntomas de la enfermedad?	
(8) ¿Ha padecido antes de esta misma enfermedad? Si es así, ¿cuándo?	
(9) Si se trata de accidente, ¿cuándo y cómo ocurrió? De detalles completos	

TRATAMIENTO	
(10) Fecha del primer tratamiento médico DIA MES AÑO	Nombre del Médico Asistente
(11) ¿Ha sido asistido por otro médico, además del que llenará el dorso de este formulario? Si es así, sírvase indicar	Nombre
	Dirección
	Fechas DIA MES AÑO

GRADO DE INCAPACIDAD	
(12) ¿En qué fecha dejó usted de trabajar? DIA MES AÑO	Hora AM PM
(13) ¿Cuándo reanudó o podrá reanudar su trabajo? DIA MES AÑO	
(14) Grado de incapacidad	25% ☐ 75% ☐ 50% ☐ 100% ☐

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Por este medio autorizo a cualquier médico que me haya atendido o pueda atenderme, o a cualquier hospital o institución en que haya sido yo paciente, a revelar cualquier información medica relativa a mi caso. Queda aceptado que una copia fotostática de esta autorización tendrá el mismo efecto que el original de la misma.

Fecha DIA MES AÑO

Firma del paciente _____

Dirección Calle y Número Ciudad o Pueblo País

Esta dirección es:
Permanente ☐
Temporal ☐

Nombre del paciente:	Edad
----------------------	------

HISTORIAL Y DIAGNOSTICO	(1a) Naturaleza de la enfermedad o lesión (Describe complicaciones, si las hubiere) (b) ¿Se debe la condición a lesión o enfermedad provenientes del empleo del paciente? Si es así, favor de explicar (c) Si hay fractura o dislocación indique si es completa o incompleta ¿Fue confirmada por Rayos X?	Sí ☐ No ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ Sí ☐ No ☐
	(2a) ¿Cuándo aparecieron los síntomas o se pro- dujo el accidente? (b) ¿ Cuándo le consultó el paciente por primera vez en relación con esta dolencia? (c) ¿Ha padecido el paciente alguna vez de la misma dolencia u otra similar? Si es así, diga cuándo y describa	Fecha _____ DIA MES AÑO Fecha _____ DIA MES AÑO Sí ☐ No ☐
	(3) Describa cualquier otra enfermedad del paciente que afecte su condición actual	

SERVICIOS	(4a) Clase de intervención quirúrgica, si la hubiere (De detalles completos). (b) Cargo al paciente por tal intervención, inclu- yendo atención post-operatoria. (c) ¿Dónde fue practicada la intervención? (d) ¿Se contempla alguna intervención quirúrgica adicional Si es así, favor explicar	Honorarios: _____ Fecha: _____ DIA MES AÑO Si en el hospital: Paciente ☐ interno ☐ externo Sí ☐ No ☐
	(5) Fechas de tratamientos médicos (no quirúr- gicos) si los hubiere e importe de sus honorarios	Fechas _____ DIA MES AÑO DIA MES AÑO DIA MES AÑO Honorarios _____
	(6) ¿Qué otros servicios, si alguno, prestó usted al paciente	

GRADO DE INCAPACIDAD	(7) ¿Está el paciente todavía bajo su cuidado en relación con esta dolencia? Si lo dio de alta, ¿en qué fecha?	Sí ☐ No ☐ Fecha _____ DIA MES AÑO
	(8) Si el paciente estuvo o está hospitalizado dé el nombre y la dirección del hospital o ins- titución	Hospital _____ Ciudad _____ País _____ Admitido _____ DIA MES AÑO Dado de alta _____ DIA MES AÑO
	(9a) ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente total y continuamente incapacitado (imposi- bilitado de realizar su trabajo)? (b) Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado?	Desde _____ DIA MES AÑO Hasta _____ DIA MES AÑO Desde _____ DIA MES AÑO Hasta _____ DIA MES AÑO
	(10) ¿Sabe usted si el paciente está cubierto bajo algún otro tipo de seguro de incapacidad, sea éste individual o colectivo? Si lo está, favor indicar en qué compañía.	Sí ☐ No ☐ _____

OBSERVACIONES:			
_____	_____	_____	_____
Fecha DIA MES AÑO	Firma de Médico Asistente	Título	Teléfono
Dirección: _____	_____	_____	_____
Calle y Número	Ciudad o Pueblo	Prov. o Estado	País

Nombre:	Núm. Póliza:	Certificado:
Dirección: _____		Fecha Ncto. _____
Calle y No.	Ciudad	País
		Día Mes Año

INFORME DE INCAPACIDAD POR EL MÉDICO EXAMINADOR

El Asegurado será responsable de que este formulario sea completado sin costo alguno para la Compañía. Puede enviar este formulario directamente a la Compañía Aseguradora. Se ha reservado espacio al reverso, en caso de que desee ampliar sus respuestas.

HISTORIA (a) Cuándo comenzó la enfermedad u ocurrió la lesión? (b) ¿En qué fecha se vio obligado el Asegurado a dejar su trabajo? (c) ¿Hay alguna historia previa de esta enfermedad?	

CONDICION ACTUAL (a) Síntomas Individuales (b) Descubrimientos Objetivos Detállense las radiografías electrocardiograma, o cualesquier otros exámenes especiales. (c) Se encuentra el Asegurado bajo tratamiento	
	☐ ¿Ambulante? _____ ☐ ¿En Cama? _____ ☐ ¿Confinado en casa? _____ ☐ ¿Hospitalizado? _____

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO (a) Fecha de la primera visita _____ Fecha de la última visita _____ Frecuencia de las visitas _____ (b) ¿Cuándo fue la última vez que examinó al Asegurado? _____	DIA/MES/ AÑO
	DIA/MES/ AÑO
	DIA/MES/ AÑO

PROGRESO ☐ Restablecido _____ ☐ Mejorado _____ ☐ No Mejorado _____ ☐ Recaído _____	
---	--

GRADO DE INCAPACIDAD (a) ¿Ha estado el Asegurado en condiciones de trabajar? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es "Sí", indíquese desde qué fecha: (b) Si la respuesta es "No", ¿cuándo cree que estará en condiciones de trabajar?	TRABAJO REGULAR _____ DIA MES AÑO _____ ☐ DIA MES AÑO ☐	OTRO TRABAJO _____ DIA MES AÑO _____ DIA MES AÑO	
			☐ Fecha Aproximada _____ ☐ Indefinida _____ ☐ Nunca _____

Si la incapacidad implica una condición mental ¿está capacitado el Asegurado para endosar cheques, usar el producto del mismo y comprender claramente la naturaleza de sus actos?	
---	--

Complétese la acción correspondiente, si la incapacidad se debe a un defecto cardíaco, pulmonar o de la vista.

(a) **CARDIACO**

**C
O
R
A
Z
O
N**

(1) Capacidad Funcional

Clase 1 (Ninguna limitación) -----

Clase 2 (Ligera limitación) -----

Clase 3 (Marcada limitación) -----

Clase 4 (Completa limitación) -----

☐
☐
☐
☐

(2) Presión Arterial -----

(b) **TUBERCULOSIS PULMONAR**

**T
U
B
E
R
C
U
L
O
S
I
S**

(1) Grado -----

{ Mínima -----

{ Avanzada Moderadamente -----

{ Bastante Avanzada -----

☐
☐
☐

(2) Clínico -----

{ Activa -----

{ Detenida -----

{ Inactiva -----

☐
☐
☐

(3) Estado Actividad -----

{ No Ambulante -----

{ Parcialmente Ambulante -----

{ Viviendo según condiciones
acostumbradas -----

☐
☐
☐

(4) ¿Ha habido recientemente algún examen de laboratorio con resultados adversos? -----

- Fecha último esputo positivo -----

(5) Terapia: Clase y Fechas: -----

(c) **DEFECTO DE LA VISTA**

**V
I
S
T
A**

(1) ¿Está el Asegurado completamente ciego?

Ojo Derecho..... Ojo Izquierdo..... Fecha

(2) ¿Si no está completamente ciego, qué visión tenía en la última observación?

{ Sin lentes -----

{ Con lentes -----

Ojo Derecho..... Ojo Izquierdo..... Fecha

Ojo Derecho..... Ojo Izquierdo..... Fecha

(3) ¿Cuál es el grado de cualquier defecto agudo del campo visual? -----

(4) ¿Puede la visión mejorarse por medio de tratamiento, operación o lentes? -----

(Anotación Snellen)

OBSERVACIONES

Nombre del Médico: _____

(Favor de usar letra de molde)

Firma del Médico: _____

Fecha: _____

DIA MES AÑO