

RECLAMACIÓN DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

RNC 1-02-01717-4

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del Contratante _____ Sucursal _____ Póliza No. _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres _____ Apellidos _____

Cédula/Pasaporte _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo: F M

Dirección (calle y número) _____ Sector _____ Ciudad _____

Teléfono residencial _____ Celular _____ Correo electrónico _____

DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

1. Naturaleza de la reclamación: Accidente Enfermedad

Favor proveer los detalles y las circunstancias del accidente o de la enfermedad _____

2. En caso de accidente, proveer la fecha del mismo: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

3. En caso de enfermedad, especifique la fecha de inicio de los primeros síntomas: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

4. Si es mujer, indique si esta condición es ocasionada por un embarazo: Sí No

5. ¿Ha visitado el reclamante un médico por esta condición o para una condición similar en el pasado? Sí No

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESPECIFIQUE:

No. Pregunta	Diagnóstico	Tratamiento o intervención	Estado actual	Fecha			Nombre del médico y/o hospital
				Día	Mes	Año	

DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN (A SER COMPLETADOS POR EL MÉDICO TRATANTE)

Nombre del Centro Médico _____ RNC _____

Dirección (calle y número) _____ Sector _____ Ciudad _____

Nombre del Médico _____ Cédula/Pasaporte _____

Sexo: F M Especialidad _____ Exequátur No. _____

Fecha de admisión: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora de admisión: _____

Fecha de alta: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora de admisión: _____

Motivo de la hospitalización: Accidente Enfermedad

Diagnóstico _____

¿Ha sido el paciente atendido por este diagnóstico anteriormente? Sí No En caso afirmativo, indique fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender. Convengo en suministrar todos los documentos que exija La Compañía por ser pertinentes a esta reclamación, y convengo también en que tales declaraciones o documentos formarán parte integral de las pruebas de la hospitalización. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, dispensario, sanatorio a proporcionar a Humano o a su representante las informaciones y/o documentos requeridos por esta, respecto al tratamiento, antecedentes y prescripciones relacionadas a esta reclamación. A los fines de agilizar el pago de su reclamación, debe completar debidamente este formulario y anexar: Copia de su cédula y de la factura del Centro Médico donde fue Hospitalizado. Además, es necesario que adjunte el informe del médico tratante debidamente completado y firmado.

Firma del Asegurado

Firma del Contratante

Firma del Médico

Fecha