

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE



INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO					
Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Apellidos:	
Dirección del asegurado:				Tel:	
Póliza:	Certificado:	Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año
Causa de la hospitalización:		Enfermedad <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>		
INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO					
Descripción de lesión: _____					
Desde cuando padece de la lesión por la que fue hospitalizado? _____					
Recibió atención médica, por esta u otra condición similar en el pasado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso afirmativo favor indicar: Fecha _____					
Nombre del médico:				Tel. _____	
Periodo de hospitalización por el cual presenta el reclamo: Fecha de ingreso: _____					
Fecha de alta: _____					
<p><b>Certifico que las declaraciones anteriores son veraces y correctas y de mi conocimiento, autorizando por este medio a todos los Doctores o a cualquier otra persona que me examinó, así como los hospitales o cualquier otra institución para que suministren información completa a Aseguradora Rural Honduras, S.A., incluyendo copias exactas de sus expedientes con relación a este reclamo.</b></p>					
Lugar y Fecha: _____					
_____ <b>Firma del asegurado</b>					
DECLARACIÓN DEL MÉDICO					
Nombre del médico: _____					
Dirección: _____				Tel. _____	
Nombre del paciente: _____					
Edad: _____ Sexo: M _____ F _____					
Diagnostico: _____					
Fecha de primera consulta: Día _____ Mes _____ Año _____					
Fecha de última consulta: Día _____ Mes _____ Año _____					
Conoce si el paciente padecía de la lesión con anterioridad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso afirmativo favor especificar: _____					
Periodo de hospitalización: Inicio: _____					
Finalización: _____					
Nombre del hospital: _____					
Cuando fue diagnosticada la lesión por primera vez o se presentaron los primeros síntomas? _____					
Es usted el médico permanente que atiende al asegurado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Si su respuesta es no favor indicar el nombre del médico que atiende al paciente: _____					
<p><b>Declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo a Aseguradora Rural Honduras, S.A., para que verifique dicha información en las instituciones y personas correspondientes.</b></p>					
Lugar y fecha: _____					
_____ <b>Firma y sello del médico</b>					

Documentación Requerida para la Reclamación:

Fotocopia de Tarjeta de Identidad del asegurado.

Constancia Original firmada y sellada por el Director de la Institución, especificando Diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta; del hospital o clínica que comprueben los días de hospitalización.

Constancia médica original debidamente sellada y firmada por el Director de la Institución, donde indique el diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta; y la cantidad de noches que el Afiliado Asegurado estuvo hospitalizado.

Facturas originales debidamente canceladas al hospital por los servicios médicos recibidos incluyendo los días de hospitalización (en caso que ésta haya sido en hospital privado).

Cualquier otra documentación que la compañía estime conveniente.

ASEGURADORA  
**RURAL**  
Te ayuda a crecer seguro y tranquilo