



FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS POR EMERGENCIAS A CAUSA DE ACCIDENTE

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Contratante:	_____	No de Póliza	_____
Nombres y Apellidos:	_____	Identidad	_____
Dirección Particular:	_____	Edad	_____
Ocupación:	_____	Género	_____
Lugar de Trabajo:	_____		
Describe la lesión:	_____		

Cuándo ocurrió?	_____	_____	_____	_____
	día	mes	año	Hora
Dónde ocurrió?	_____			
Como ocurrió?	_____			

Estuvo Hospitalizado por ésta lesión:	SI _____	NO _____	En caso afirmativo, indique:
Nombre del Hospital	_____		
Fecha y Hora de Ingreso	_____		

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son originales según lo establecidos por el régimen de facturación del SAR; Asimismo autorizo a todos los médicos, al hospital y otras instituciones para que suministren a ASEGURADORA RURAL HONDURAS, S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y/o rayos X pertenecientes a este reclamo. Por lo cual declaro que toda la información constituye una verdadera y completa declaración de los hechos por el firmante.

Firma del Asegurado



INFORME MÉDICO

PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Edad _____ Género _____

Favor proporcionar diagnóstico completo del Paciente: _____

Si se practicó cirugía, describa la misma: _____

¿Dónde se efectuó la operación? _____ Fecha: _____

Ordenó usted, la realización de tomografías, radiografías, ultrasonidos ó laboratorios?, en caso afirmativo favor indique cual o cuales: _____

¿Ordenó usted la hospitalización? _____

Nombre del Hospital: _____

Admitido el: _____ salida: _____
Fecha y hora Fecha y hora

Observaciones/Ampliar procedimiento: _____

_____ Fecha

_____ Firma y sello del médico