



DATOS DEL ASEGURADO				
No. de Póliza		Contratante o Dueño de la Póliza		
Nombre del Asegurado				Cédula
Fecha de nacimiento:		Dirección:		
Tel. Casa	Tel. Oficina	Tel. Celular	Sexo <b>O F O M</b>	Estado civil
DATOS DEL ACCIDENTE				
Fecha del Accidente	Hora del accidente	¿Dónde ocurrió el Accidente? Fue el accidente de tránsito <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No En caso afirmativo adjuntar parte policivo o equivalente		
¿Cómo ocurrió el Accidente?				
Incluir los siguientes documentos: recibos detallados originales, recetas médicas y copia de cedula del asegurado. En caso de desmembramiento presentar los rayos X				

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_.

Fecha \_\_\_\_\_.

DECLARACION DEL MEDICO			
Nombre del paciente	Cédula	Edad	Sexo
Diagnostico			ICD
Exámenes de laboratorio o rayos X que se recomendaron:			
¿Cómo se produjo la lesión?			

¿El Asegurado sufre alguna enfermedad, además de las lesiones presentes, o tiene algún defecto físico? Si es así favor indicar la naturaleza de la misma y si está relacionada con la lesión actual.

Como consecuencia directa del accidente. ¿El asegurado tiene una inhabilitación temporal que le impide atender sus ocupaciones habituales?

O Si O No, Desde: \_\_\_\_\_

Existe la posibilidad que se declare inhabilitación permanente, en cuyo caso dar detalles:

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

Código de Procedimiento (CPT)	Descripción	Fecha de Atención	Lugar

Tratamiento:

Pronóstico:

**CERTIFICO QUE SOY EL MÉDICO QUE ATENDIÓ AL PACIENTE Y QUE LAS DECLARACIONES HECHAS POR MI CORRESPONDEN A LOS SERVICIOS PRESTADOS**

Nombre y Sello	Firma del Médico	Cédula o RUC y Registro
Dirección	Teléfono	Email