



Salud internacional	Enfermedades críticas	Asistencia al viajero
Individual <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>

Es responsabilidad del asegurado el obtener la declaración médica y cualquier otro documento necesario sin costo alguno para la aseguradora, la cual será contestada por el último médico que lo asistió. Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco. Completar con tinta negra o azul oscuro solamente. Debe estar legible.

A. ASEGURADO TITULAR				
Número de póliza	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

B. ASEGURADO RECLAMANTE							
Número de asegurado en el carnet	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Teléfono

C. CAUSA DEL RECLAMO DE SINIESTRO		
<input type="checkbox"/> Enfermedad		
Padecimiento	¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?	¿Cuándo comenzó el tratamiento?
<input type="checkbox"/> Accidente		
¿Cuándo ocurrió el accidente?	¿Dónde ocurrió el accidente?	¿Cómo ocurrió el accidente?
<input type="checkbox"/> Muerte		
¿Cuándo ocurrió el evento?	¿Dónde ocurrió el evento (hogar, hospital, etc.)?	¿Cómo ocurrió el evento (natural, accidente, etc.)?
<input type="checkbox"/> Otros (Especifique debajo)		

D. INFORMACIÓN DEL MÉDICO CONSULTADO/TRATANTE					
Primer médico					
Primer nombre	Segundo nombre	Apellidos	Especialidad	Fecha	Teléfono
Médico actual					
Primer nombre	Segundo nombre	Apellidos	Especialidad	Fecha	Teléfono
Información del hospital/clínica trató esta dolencia					
Nombre de la institución	Dirección	Teléfono	Fecha de entrada	Fecha de salida	



E. GASTOS RECLAMADOS

	Número de documentos	Monto reclamado
Cuenta hospitalaria		
Honorarios por cirugía		
Anestesiista		
Honorarios médicos por consultas		
Honorarios por tratamientos		
Laboratorios, radiografía, estudios especializados		
Farmacia ambulatoria		
Asistencia al viajero		
Indemnización (suma asegurada)		
Otros (especifique)		
Total de gastos reclamados		

F. CONSENTIMIENTO

Declaro que estos datos son verdaderos y autorizo a los médicos, hospitales, clínicas y a otras personas e instituciones que me ofrecieron servicios, para que suministren a Atlántica Seguros/AtlanticMed cualquier información relacionada con este reclamo. De existir alguna falsedad en la información, Atlántica Seguros/AtlanticMed no estará obligada a pagar ningún reclamo.

Entiendo que Atlántica Seguros/AtlanticMed se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional.

Firma del asegurado reclamante o tutor legal

Fecha (DD/MM/AAAA)