

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN SEGURO DE RENTA DE HOSPITAL

Póliza: No. \_\_\_\_\_ Certificado: No. \_\_\_\_\_

Nombre Afiliado Asegurado:	_____		
No. de Identidad:	_____		
Lugar y Fecha de Nacimiento:	_____		
Ocupación Actual:	_____		
Lugar de Trabajo:	_____		
Teléfono Casa:	Celular:	Trabajo:	
_____	_____	_____	
Dirección del Domicilio:	_____		
_____	_____		
No. de documentos presentados:	Valor total en facturas:	L. _____	

### CAUSA DE LA HOSPITALIZACIÓN

<input type="checkbox"/>	Enfermedad, Diagnóstico:	_____		
	Inicio de Síntomas	/ /	Primera Consulta:	/ /
			Diagnóstico:	/ /

<input type="checkbox"/>	Accidente, Diagnóstico	_____		
	Explique: ¿Cómo ocurrió?:	_____		
		_____		
	¿Cuándo?:	/ /	¿Dónde?:	_____

Quién le acompañó cuando ingresó al Hospital:	_____		
Nombre del Hospital:	_____		
Fecha de Ingreso:	/ /	Fecha de Salida:	/ /
		No. de Días:	_____
Dirección completa del Hospital:	_____		
	_____		
Teléfono del Hospital:	_____		

### DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

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 Seguros Crefisa, S.A., incluyendo copias exactas de sus expedientes con relación a este reclamo.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL SINIESTRO

### INSTRUCCIONES:

1. Para evitar demoras innecesarias, conteste cada una de las preguntas descritas en el formulario.
2. Este cuestionario se contesta y entrega a Seguros Crefisa, S.A., en relación con una reclamación derivada del contrato de seguro.
3. Las declaraciones contenidas al frente de este formulario deben ser hechas por el Afiliado Asegurado o por un tercero que cuente con autorización expresa para poder suscribir la misma.
4. Los requisitos para la presentación del siniestro por la cobertura de Renta de Hospital comprende los siguientes documentos:
  - a) Formulario de reclamo de Seguro de Renta de Hospital.
  - b) Fotocopia de la cédula de identidad o certificación de acta de nacimiento original.
  - c) Constancia médica original debidamente sellada y firmada por el médico tratante, extendida en papel membretado del hospital o en papel del Colegio Médico de Honduras, donde indique el diagnóstico y la cantidad de noches que el Afiliado Asegurado estuvo hospitalizado.
  - d) 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).
  - e) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.
5. Facilitar a la Compañía toda la información que esta requiera con relación al reclamo, así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes.
6. La Compañía queda facultada para realizar las investigaciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.
7. Pago de Reclamos: La Compañía una vez que reciba y verifique la documentación que justifique que el reclamo está cubierto, pagará la indemnización al Afiliado Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que el Afiliado Asegurado haya acreditado la ocurrencia del evento amparado por el seguro.