



**ASEGURADORA LA CEIBA, S.A.**  
20 Calle 15-20, zona 13 Tel: 379-1800, 334-8132  
Fax: 334-8167 y 334-8168

**Formulario de Reclamación para Accidentes Personales Cobertura de Gastos Médicos y Hospitalización.**

**Importante:** Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo conteste todas las preguntas detalladamente.

**SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL REPRESENTANTE DEL ASEGURADO**

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por Gastos Médicos incurridos por:

1. Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Sexo M  F  Edad \_\_\_\_\_
2. Indique índole de la dolencia \_\_\_\_\_
3. Fue causada por un accidente: Si  No  en caso afirmativo indique cuando ocurrió?/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
día mes año
- ¿ Dónde Ocurrió? \_\_\_\_\_
- ¿ Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_
4. En caso de enfermedad cuando comenzó \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Síntomas \_\_\_\_\_  
día mes año
5. Nombre y dirección del primer medico consultado: \_\_\_\_\_  
Fecha de la primera consulta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nombre y dirección de su medico actual, y de todos los médicos que lo  
día mes año  
asisten: \_\_\_\_\_
6. Estuvo anteriormente en tratamiento médico por esta dolencia: Si  No  En caso afirmativo indique nombre del  
medico, sanatorio u hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión; \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
día mes año
7. Esta incapacitado de realizar todas sus actividades cotidianas: Si  No  Si su respuesta es afirmativa desde  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hasta que Fecha; \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
día mes año día mes año
8. Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden, los documentos y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizan a todos los médicos y otras personas quienes atendieron al asegurado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a Aseguradora La Ceiba S.A., cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ . Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del encargado o representante del asegurado.

\_\_\_\_\_  
Firma del encargado o representante del asegurado.

**NO OLVIDE ADJUNTAR POR SEPARADO LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE HOSPITAL DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANOS, ANESTESISTAS, RADIOLOGO, LABORATORISTAS, RESULTADOS DE LABORATORIO, LECTURAS DE RADIOGRAFIAS, MEDICINAS Y RECETAS TODO EN ORIGINAL Y FACTURADO A NOMBRE DE ASEGURADORA LA CEIBA, S.A. CON NIT 502219-3.**

**SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE**

- |   | <b>Si</b>                | <b>No</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Estaba el reclamante asegurado cuando ocurrió el accidente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Se ha reclamado anteriormente por esta lesión               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Recomienda que se pague este reclamo?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

