

RECLAMACION DE INVALIDEZ

DEL ASEGURADO

Nombre _____	Rut. _____
Dirección _____	
Póliza N° _____	Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____

DEL EMPLEADOR

Nombre _____
Dirección _____
Teléfono _____ Renta mensual _____
Ocupación _____
Descripción del cargo _____

INVALIDEZ POR ACCIDENTE	INVALIDEZ POR ENFERMEDAD
Fecha accidente _____	Fecha primeros síntomas _____
Hora accidente <input style="width:80px;" type="text"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Descripción de la enfermedad _____ _____ _____
Lugar accidente _____	
Describe lo ocurrido _____ _____	

Fecha primera consulta médica _____ / _____ / _____ /	Teléfono Médico _____
Nombre del médico _____	
Dirección _____	
Indicar nombre(s) a quién solicitar Historial Clínico _____	
Dirección _____	Teléfono _____

¿ Estuvo internado en un hospital? SI _____ NO _____	Teléfono Médico _____
Nombre Hospital _____	
Dirección _____	
Fecha Ingreso _____ / _____ / _____ /	Fecha Egreso _____ / _____ / _____ /

Nombre Reclamante

Firma Reclamante