NORTHERN LIGHT
Ecuador S.A

FORMULARIO DE RECLAMACION

N°. CONTRATO: CIUDAD: FECHA: DD MM AA

SECCION A DATOS LLENADOS POR EL CONTRATANTE

Empresa se Seguridad:

N° RUC: Dirección:

Teléfonos de contacto: Correos:

Nombre completo del titular: N° Identificación:

Estado Civil: Edad: especifique si es: Guardia y/o supervisor Admininstrativo:

Domicilio del titular:

Nombre del Beneficiario: Teléfonos de contacto:

SECCIÓN B CAUSA DEL RECLAMO

Gastos Médicos por Accidente: Muerte accidental: Desmembración: Muerte Natural:

Lugar, causas y circunstancias:

Lesiones sufridas:

Lugar: Fecha: Hora:

Intervino alguna autoridad SI NO Especifique

En caso de muerte (colocar lo que indique el acta de defunción):

El total de su reclamo asciende a:

Autorizo al hospital, clínica a centro médico, así como a los médicos tratantes que me prestaron atención médica, a proporcionar a Northern light Ecuador S.A. toda la información que se requiera, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X, u otros.

Lugar y Fecha	Firma y sello de la compañía

SECCION C DATOS LLENADOS POR MEDICO TRATANTE (En caso de Gastos médicos por accidente)

Nombre del paciente:

Fecha de la primera atención:

Diagnóstico específico:

Naturaleza y extensión de Las lesiones o enfermedad:

Proviene de su empleo u ocupación "en caso afirmativo explique" SI NO

Nota: La liquidación está sujeta a auditoría médica y a las tarifas del convenio.

NORTHERN LIGHT
Ecuador S.A

Explique:

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN RECIBIDA:

a.- ¿Cuándo atendió por primera vez al paciente?

b.- Si el asegurado ha sido sometido a intervención quirúrgica, fue debido a enfermedad o accidente? (describa resultados)

c.- ¿Requiere otros tratamientos quirúrgicos?

d.- ¿Requiere otros tratamientos quirúrgicos?

f.- ¿Indique hasta cuando el paciente debe estar recluido en cama de hospital o casa, por causa directa de este evento?

Declaro formalmente obrando con entero conocimiento y absoluta buena fe, que todas las afirmaciones y datos que he consignado al llenar este formulario responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir u ocultar o tergiversar circunstancias que pueden afectar la verdadera apreciación de los hechos.

Lugar y fecha:

Nombre del Médico:

Código del médico:

Dirección del consultorio:

Departamento de Liquidaciones Northern Light Ecuador S.A.	FIRMA DEL TITULAR	FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO TRATANTE

Nota: La liquidación está sujeta a auditoría médica y a las tarifas del convenio.