

Fecha: dd /mm / aa

Nombre del Doctor: _____

Dirección: _____

Ciudad

Estado

País

Código postal

Ref: Nombre del Paciente: _____

Identificación No: _____

Fecha de nacimiento: dd /mm / aa

Estimado Dr. _____

Su paciente ha presentado una reclamación para beneficios de incapacidad o lesiones.

Para evaluar esta reclamación, le pedimos proporcionar un reporte sobre la condición del paciente y contestar las siguientes preguntas

Diagnóstico definitivo: _____

¿Cuál es la causa de esta patología? _____

¿Cómo ocurrió dicha lesión o enfermedad? _____

¿Si fue accidental, cuando ocurrió el accidente? dd /mm / aa Hora: _____

Fecha en que atendió al paciente por primera vez: dd /mm / aa

Motivo de la primera atención medica: _____

Tratamiento indicado: _____

¿Fue referido a otro(s) médico(s) o especialista(s)? (explicar): _____

¿Cuanto tiempo estima que tarde su recuperación total? _____

¿El paciente necesita algún tratamiento para poder obtener su recuperación total? (explicar)

Si la lesión es total y permanente, favor explicar en detalle: _____

¿En su opinión, la pérdida fue causada por una lesión auto infligida o acto de autodestrucción?

¿En su opinion, la perdida fue causada de alguna manera por enfermedad? _____

En caso afirmativo, indique las fechas en las que suministró tratamiento para su enfermedad:

Proporcione un relato del accidente tal como usted entiende que sucedió: _____

Fechas de tratamiento para este accidente: _____

Comentarios adicionales: _____

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Certifico que las declaraciones anteriores son completas y verdaderas según mi leal saber y entender.

Nombre del Doctor: _____

Especialidad, grado o designación profesional: _____

No. de registro o licencia profesional: _____

Teléfono(s): _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad

Estado

País

Código postal

Firma del Médico: _____

Fecha: dd / mm / aa

Una vez completado y firmado, el médico debe enviar este formulario directamente a la compañía al correo reclamos@olelife.com o via WhatsApp al tel. +1-939-489-3160.

Aviso: Toda persona que, conscientemente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa podrá ser culpada de fraude de seguros y sujeta a sanciones civiles y penales.

Favor de incluir los siguientes documentos:

1. Copia de la cédula de identidad del asegurado
2. Copia de la cédula profesional del médico
3. Copia de los resultados de todos los exámenes médicos realizados desde el inicio de esta patología
4. Copia del expediente médico de cada hospitalización, visita a la sala de emergencia, consultas ambulatorias, sesiones de terapia
5. Copia de la denuncia, acta o reporte policial, si corresponde
6. Facturas médicas relacionadas con el incidente