EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

MEDICOOP
Seguro Colectivo de Gastos Médicos

FORMULARIO DE RECLAMACIONES
INFORME DEL ASEGURADO

Con el propósito de brindarle un servicio oportuno y evitar contratiempos en el proceso de su reclamación, favor conteste cada una de las preguntas descritas en este formulario.

Este cuestionario debe ser entregado a **EQUIDAD COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.**, junto con los documentos originales de los gastos médicos incurridos en relación con la reclamación derivada del contrato contenido en:

POLIZA No. _____ CONTRATANTE_____CERTIFICADO No._____

_____ _____ _____
Nombre del Asegurado | Número de Identidad | Edad

_____ _____ _____
Nombre del Paciente | Parentesco con el Asegurado | Edad

_____ _____
Teléfono Asegurado | Correo Electrónico

- Fecha en que aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad: DÍA_____ MES_____ AÑO_____

Nombre del Médico Consultado: _____ _____ _____
Especialidad | Teléfono

- Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia y cuáles fueron los síntomas:

_____

_____

- Continuación del tratamiento: SI ☐ NO ☐ Especifique:_____

- ¿Tiene algún otro Seguro contra enfermedades? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es afirmativa indicar:

_____ _____ _____
Nombre de la Compañía de Seguros | No. De Póliza | Vigencia

Detalle de Gastos Ambulatorios	Valor del Gasto
1. Consultas Médicas	L.
2. Medicamentos	L.
3. Laboratorios	L.
4. Rayos X	L.
5. Exámenes Especiales	L.
6. Otros	L.
Total Gastos Presentados	L.

- Observaciones:_____

_____

Certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y correctas a mi conocimiento y que los documentos presentados son auténticos. Asimismo autorizo a todos los doctores, hospitales y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico, para que suministren a EQUIDAD COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A., toda la información que requiera en relación con este reclamo, incluyendo copias de los documentos y relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

Asimismo, autorizó a Equidad Compañía de Seguros, S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la Póliza de la cual forma parte el presente documento.

_____ _____
Lugar y Fecha | Firma del Reclamante o Titular

RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRAMITE.

INFORME DEL MÉDICO

Nombre completo del paciente:

_____

Describa ampliamente el diagnóstico de la enfermedad o lesión encontrada y las complicaciones si las hubiere:

_____

_____

_____

En caso de paciente femenina, ¿Se debe este diagnóstico a EMBARAZO? SI ☐ NO ☐

Edad gestacional por F. U. M. _____

¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia?

DIA_____ MES_____ AÑO_____

Indique la fecha de la Primera Consulta

DIA_____ MES_____ AÑO_____

¿Qué condición similar o igual a ésta ha tenido el Paciente y desde cuándo? _____

_____

¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente?_____

¿Clase de tratamiento, cirugía o intervención practicada?_____

Describa detalladamente: _____

_____

¿Costo de esta intervención?_____ ¿Con internación? Si ☐ No ☐

FECHA EN QUE FUE EFECTUADA

Desde: Día_____ Mes_____ Año_____

Hasta: Día_____ Mes_____ Año_____

¿**Dónde se efectuó**?

_____

Indique las fechas de tratamiento_____ Valor Cobrado por Visita_____ Total_____

Explique qué otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante, ¿Por qué?_____

_____

¿Está todavía el paciente a su cuidado por esta condición?

SI ☐ NO ☐

(Si fue dado de alta, señale la fecha)

DIA_____ MES_____ AÑO_____

Si hubiera fractura o dislocación, diga si es completa o incompleta:

_____

Si hubiera fractura de huesos largos, diga la clase y localización:

_____

¿Fue confirmado por rayos X? SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES:_____

_____

_____

Lugar y Fecha: _____

Nombre y Dirección del Médico: _____

_____

_____ _____

Firma y Sello del Médico