Atlántida Vida
Seguros de Personas

# FORMULARIO DE RECLAMO DE GASTOS MEDICOS

Reclamo N°_____
Fecha:_____

Para agilizar el trámite de su reclamo, conteste correctamente las siguientes preguntas, adjuntando facturas de medicamentos, gastos incurridos en médicos y hospitales. Este formulario deberá presentarse al Contratante de la póliza y al Médico tratante para que se completen en la parte que les corresponde.

| **EXCLUSIVO PARA EL ASEGURADO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Asegurado: | Póliza: | | Cert. | |
| Paciente Reclamante: | Parentesco: | | Edad: | |
| Causa de la reclamación: | Enfermedad: | | Accidente: | |
| Si el reclamo es por enfermedad explique el Padecimiento: | | | | |
| | | | | |
| ¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?: | | | | |
| ¿Cuándo comenzó el tratamiento?: | | | | |
| Médicos que consultó cuando se presentaron los primeros síntomas: | | | | |
| Fecha de primera consulta: | | | | |
| ¿Estuvo hospitalizado anteriormente por esta dolencia? SI ◯ NO ◯ En Caso afirmativo, indique nombre del hospital o clínica: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Si el reclamo es por accidente, ¿Cuándo ocurrió? | | | | |
| ¿Lugar donde ocurrió? | | | | |
| ¿Cómo ocurrió? | | | | |
| | | | | |

| **DETALLE DE GASTOS EFECTUADOS** | | |
|---|---|---|
| **Documento / Facturas - Recibos** | **N° de Factura** | **Gastos Pagados** |
| Honorarios Médicos | | US$ |
| Exámenes de Laboratorio | | US$ |
| Radiografías | | US$ |
| Anestesia | | US$ |
| Cuenta de Hospital o Clínica | | US$ |
| Factura de Medicamentos (con receta) | | US$ |
| Otros Gastos (amplíe) | | US$ |
| **Total de Gastos** | | **US$** |

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo a Atlántida Vida, S.A. Seguros de Personas, para que verifique dicha información en las instituciones y personas correspondientes, a quienes autorizo revelar a la Aseguradora, cualquier solicitud de información de que tuviesen conocimiento en relación con la salud o accidente sufrido por mi persona o por los miembros de mi familia asegurados en la póliza, incluyendo copias exactas de archivos, exámenes de laboratorio, Rayos X pertenecientes a este reclamo.

_____ Firma del Asegurado

_____ Lugar y Fecha

| **EXCLUSIVO PARA EL CONTRATANTE** | |
|---|---|
| Nombre del Contratante: | Póliza N° |
| Nombre del Empleado: | |
| Nombre del dependiente reclamante: | |

| Nombre | Firma Representante | Sello | Lugar y Fecha |
|---|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ |

## EXCLUSIVO PARA EL MEDICO TRATANTE

Confirmo en mi condición de Medico, haber asistido al paciente:

Edad: Años:

Diagnóstico:

Descripción de la enfermedad o accidente:

Según su opinión. ¿en qué fecha comenzó la cauda básica de la enfermedad?

¿Cuál sería el tiempo de evolución?

¿Ha sido tratado por la misma causa anteriormente? SI◯ NO◯ caso afirmativo indicar Medico y fechas del evento:

| Medico | Fecha | Tel. |
|---|---|---|
| Medico | Fecha | Tel. |
| Medico | Fecha | Tel. |

¿Estuvo hospitalizado a causa de esta misma enfermedad / accidente? SI◯ NO◯ En caso afirmativo, amplíe:

Nombre de Hospital

Fecha de Ingreso Fecha de Egreso

Número de días que asistió al paciente en el hospital Primera visita:

Fecha de última visita: ¿Cuántas veces atendió al paciente en el hospital?

¿En qué consistió el tratamiento? (Detalle medicamentos, análisis, Rx, etc.)

¿Se practicó cirugía? SI◯ NO◯ Si su respuesta es afirmativa, indicar en que consistió:

Si la causa fue por accidente, explique: ¿Cuándo ocurrió? Hora:

¿Lugar donde ocurrió?

¿Cómo ocurrió?

Observaciones:

| Nombre del Médico | Firma y Sello | N° J.V.P.M. | Lugar y Fecha |
|---|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ |

## USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

Resolución:

Procede Reclamación: SI◯ NO◯

Si la Reclamación no procede, indicar el motivo y el monto US$

F. Director Médico

### Detalle de Liquidación

Total gastos presentados: US$_____

( - ) Gastos no cubiertos: US$_____

Sub – total: US$_____

( - ) Deducible: US$_____

( - ) Coaseguro (_____%) US$_____

( + ) IVA : US$_____

**Total a Pagar:** **US$**_____

_____

Firma Autorizado