FORMULARIO DE RECLAMACIÓN SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

seguros G&T NO LE FALLA

ESTIMADO ASEGURADO SÍRVASE TOMAR NOTA QUE PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL TRAMITE DE SU RECLAMO ES INDISPENSABLE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN
(De preferencia completar el formulario a máquina o con letra clara de molde)

SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

NOMBRE DE LA EMPRESA PARA LA CUAL LABORA: _____

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO: _____ NIT: _____

CÉDULA No. _____ REGISTRO No. _____ EXTENDIDA EN: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN PARTICULAR: _____ TELÉFONO DOMICILIO: _____

TELÉFONO OFICINA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE POR EL CUAL PRESENTA LA RECLAMACIÓN: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

OCUPACIÓN: _____ PARENTESCO CON EL ASEGURADO: _____

¿TIENE SEGURO CON OTRA COMPAÑÍA? SÍ _____ NO _____ ESPECIFIQUE: _____

¿HA PRESENTADO ALGÚN RECLAMO ANTERIORMENTE? _____ EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁNDO Y EL DIAGNÓSTICO: _____

EN CASO DE **ACCIDENTE** INDIQUE:

¿CUÁNDO OCURRIÓ? (FECHA): _____

¿CÓMO OCURRIÓ? (PRACTICANDO ALGÚN DEPORTE, USO DE MAQUINARIA, VEHÍCULO, RIÑAS, ETC.) _____ HORA: _____

_____

_____

_____

LUGAR DEL ACCIDENTE: _____

EN CASO DE **ENFERMEDAD** INDIQUE:

FECHA DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: _____ FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA: _____

¿HA INCURRIDO EN GASTOS POR ESTA ENFERMEDAD EN LOS MESES ANTERIORES A LA FECHA INDICADA ANTERIORMENTE? SI _____ NO _____

¿HA SIDO DIAGNOSTICADA ESTA ENFERMEDAD ANTERIORMENTE? SI _____ NO _____

EN CASO AFIRMATIVO FAVOR INDICAR EL NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE Y LA FECHA EN QUE FUE DIAGNOSTICADA: _____

_____

SI ES POR **MATERNIDAD** INDIQUE:

FECHA DE INICIO DEL EMBARAZO: _____

FECHA DEL PARTO O ABORTO: _____

SI ES POR **CHEQUEO MÉDICO** INDIQUE:

FECHA INICIAL: _____

CAUSA: _____

SI ES POR **OTRAS RAZONES** (PSIQUIATRÍA, ODONTOLOGÍA, CIRUGÍA ESTÉTICA, ETC) INDIQUE:

FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA: _____

_____

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO: _____

FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA: _____

NOMBRE DE LOS OTROS MÉDICOS QUE HAN PRESTADO SUS SERVICIOS: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verificadas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones y otros para que suministren a SEGUROS G&T, S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc. pertenecientes a este Reclamo. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este Reclamo hasta obtener toda la información necesaria.

FECHA: _____ DE _____ DE _____ FIRMA DEL EMPLEADO: _____

Adjunte por separado las facturas detalladas de todos los gastos en que incurrió por esta incapacidad los cuales deben cumplir con los requisitos de ley.
Incluir remesa de documentos

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

PÓLIZA No.: _____ CERTIFICADO No.: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA DONDE LABORA: _____

FECHA EFECTIVA DE SU COBERTURA EN EL SEGURO: _____

NOMBRE DEL DEPENDIENTE (POR EL CUAL SE PRESENTA LA RECLAMACIÓN): _____

FECHA EFECTIVA DE SU COBERTURA EN EL SEGURO: _____

¿TRABAJABA EL EMPLEADO EN ESA EMPRESA CUANDO INICIÓ LA INCAPACIDAD?: SI _____ NO _____

¿SE HA RECLAMADO ANTERIORMENTE POR ESTA INCAPACIDAD?: SI _____ NO _____

EN CASO AFIRMATIVO, (CUÁNDO): _____

¿RECOMIENDA QUE SE PAGUE ESTA RECLAMACIÓN? SI _____ NO _____

EN CASO NEGATIVO, ¿POR QUÉ? _____

_____

NOMBRE DE LA EMPRESA CONTRATANTE: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA: _____

NOMBRE FIRMA

SELLO DEL CONTRATANTE

FECHA: _____

seguros G&T NO LE FALLA

SECCIÓN C: PARA SER COMPLETADA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR SU MÉDICO

FAVOR DE COMPLETAR CAD A UNA DE LAS PREGUNTAS CON EL MISMO TIPO DE LETRA

1. NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
2. DÉ SU DIAGNÓSTICO COMPLETO Y DESCRIBA TRATAMIENTO: _____
3. FECHA DE PRIMERA CONSULTA: _____
4. FECHA EN QUE LA ENFERMEDAD FUE DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ: _____
5. SEGÚN SU OPINIÓN, ¿CUÁNDO SE ORIGINÓ LA CAUSA BÁSICA DE ESTA ENFERMEDAD O LESIÓN? _____
6. ¿ ORDENÓ USTED HOSPITALIZACIÓN? _____ EN CASO NEGATIVO DÉ EL NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO ORDENÓ: _____

HOMBRE DEL HOSPITAL: _____

ADMITIDO: _____ A LAS _____ HORAS
DÍA MES AÑO

SALIDA: _____ A LAS _____ HORAS
DÍA MES AÑO

7. SI SE PRACTICÓ CIRUGÍA, DESCRIBA LA OPERACIÓN: _____

HONORARIOS POR CIRUGÍA, ÚNICAMENTE. (EXCLUYA HONORARIOS POR VISITAS MÉDICAS, ANESTESIA, ETC.) Q. _____

8. DÉ TODAS LAS FECHAS EN QUE ATENDIÓ AL PACIENTE: _____

EN EL HOSPITAL _____ NO. DE VISITAS _____ A Q. _____ C/U TOTAL Q. _____
EN LA CLÍNICA _____ NO. DE VISITAS _____ A Q. _____ C/U TOTAL Q. _____
EN EL DOMICILIO _____ NO. DE VISITAS _____ A Q. _____ C/U TOTAL Q. _____

9. ¿HA ESTADO EL PACIENTE PREVIAMENTE HOSPITALIZADO O HA RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO POR ESTA CONDICIÓN, DEBIDO A LA MISMA CAUSA? _____
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE: _____
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO: _____
NOMBRE DEL HOSPITAL: _____
DIAGNÓSTICO: _____
SI FUE REMITIDO POR OTRO MÉDICO CITAR: _____
10. SEGÚN SU OPINIÓN: ¿FUE CAUSADA LA INCAPACIDAD POR ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD DEBIDO A LA OCUPACIÓN? _____
EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE DETALLADAMENTE: _____
11. SEGÚN SU OPINIÓN: ¿LA INCAPACIDAD SE DEBIÓ ÚNICAMENTE A ACCIDENTE SUFRIDO? _____
12. ¿SE DEBE LA CONDICIÓN A EMBARAZO? _____ EN CASO AFIRMATIVO, ¿DÉ LA FECHA APROXIMADA EN QUE SE INICIÓ EL EMBARAZO? _____
13. ¿HA SIDO LA ENFERMEDAD BASTANTE SERÍA PARA IMPEDIR QUE EL PACIENTE TRABAJE? _____
14. ¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE HA QUEDADO COMPLETAMENTE CURADO? _____
EN CASO NEGATIVO, ¿CUÁNTO TIEMPO HABRÁ NECESIDAD DE SEGUIR ALGÚN TRATAMIENTO? _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____ COLEGIADO No.: _____
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO DOMICILIO: _____
TELÉFONO OFICINA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____ NIT: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: _____ FECHA: _____

SEGUROS G&T, S.A., reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la Póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR LA ASEGURADORA CONFIRMACIÓN DE COBERTURA EN GASTOS MÉDICOS

EMPLEADO ASEGURADO SI ☐ NO ☐ DEPENDIENTE SI ☐ NO ☐ COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS SI ☐ NO ☐
NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____ FECHA DE INCLUSIÓN AL PLAN (DEPENDIENTE) _____
CERTIFICADO NO.: _____ FECHA DE INCLUSIÓN AL PLAN (ASEGURADO PRINCIPAL) _____
OBSERVACIONES: _____ REVISADO POR: _____ FECHA: _____

CONFIRMACIÓN DE PRIMAS

PRIMAS PAGADAS HASTA: _____
OBSERVACIONES: _____

VERIFICADO: _____ FECHA: _____
RETENER: _____ AUTORIZADO: _____ FECHA: _____

seguros G&T NO LE FALLA