PAN AMERICAN LIFE HONDURAS

Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MEDICOS

Favor completar el siguiente cuestionario en letra de molde, adjuntar sus recibos y facturas respaldadas por las órdenes médicas correspondientes debidamente firmadas y selladas, considerando:

- Recibos de honorarios profesionales, con indicación a quien fueron prestados los servicios y detallando número de consultas y honorarios por cirugía.
- Facturas de Hospital, detallando número de días de hospitalización, costo por día, tipo de cuarto, así como otros gastos que facture el Hospital.
- Facturas de Laboratorio, acompañadas de la orden del Médico indicando para quien fueron ordenados los exámenes (Cuando no haya hospitalización).
- Facturas detalladas de medicinas, acompañadas de su receta indicando a quien fueron recetadas, así como dosis, frecuencia y periodo de tratamiento.
- Copia de todos los resultados de exámenes practicados, sean de laboratorio, RX e imágenes radiológicas o tomografías.

SECCIÓN A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por Gastos Médicos incurridos por mi ◯ por mi esposo(a) ◯ por mi hijo(a) ◯

1. Nombre del paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento: | DIA | MES | AÑO | Sexo: Femenino ◯ Masculino ◯

3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? Si ◯ No ◯

4. Indique la índole de la dolencia: _____

5. Desde cuando le comenzaron los síntomas por esta dolencia? _____

6. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? Si ◯ No ◯

En caso afirmativo indique: _____

¿Cuándo ocurrió? _____

A las: _____ A.M. ◯ P.M. ◯

¿Donde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

7. En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó? _____

8. Nombre y Dirección del primer Médico consultado? _____

9. Indique la fecha de la primera visita: | DIA | MES | AÑO |

10. Indique el nombre, dirección y teléfono de su Médico actual y de todos los otros Médicos que le han asistido por esta enfermedad.

11. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia?

Si ◯ No ◯ En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: _____

Fecha de Admisión: | DIA | MES | AÑO |

12. ¿Están los gastos de este reclamo cubiertos por otra póliza de Gastos Médicos? Si ◯ No ◯ En caso afirmativo indique:

Compañía de Seguros: _____

Número de Póliza: _____

Fecha de Vigencia: _____

Valor presentado: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y correctas según mi leal saber y entender y autorizo a todos los médicos, clínicas, centros hospitalarios, de laboratorio, de imágenes especiales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus archivos) relacionados a tratamientos y servicios médicos prestados a mi y/o a mis dependientes.

_____ Nombre del Titular

_____ Firma del Titular

_____ Número de Identidad

No. de Póliza _____ No. de Certificado _____

Fecha | DIA | MES | AÑO |

ADVERTENCIA

Código de Comercio

Artículo 1147: *La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.*

Artículo 1148: *Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.*

SECCIÓN B: DEBE SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR EL MEDICO TRATANTE

1. Nombre del Paciente:_____ Edad _____ Sexo_____

2. Dé su diagnósitico completo:_____

_____

3. ¿Se debe su condición a embarazo? SI ◯ NO ◯ En caso afirmativo, indique la fecha de la última menstruación

DIA	MES	AÑO

4. ¿Refirió el paciente desde cuando le comenzaron los síntomas por este diagnósitico? SI ◯ NO ◯ Describa los síntomas_____

_____

5. ¿Refirió el paciente haber sido atendido por otro médico antes de Ud.? SI ◯ NO ◯ Nombre del Médico_____

6. ¿Le presentó estudios médicos el paciente la primera vez que U. le atendió? SI ◯ NO ◯

7. Si se practicó cirugía, describa la operación:_____

_____

8. ¿En qué Hospital o Clínica se practicó la cirugía?_____

9. Si no se practicó la cirugía describa ampliamente el tratamiento? HOSPITALARIO ◯ AMBULATORIO ◯

_____

_____

_____

10. ¿Ordenó usted hospitalización? SI ◯ NO ◯ En caso negativo, indique el nombre del Médico que la ordenó:_____

11. Indique fecha de Admisión:

DIA	MES	AÑO

Fecha de salida:

DIA	MES	AÑO

12. ¿Le recomendó al paciente practicarse estudios para diagnóstico? SI ◯ NO ◯ Detalle:_____

13. Cite las fechas desde cuando trata al paciente por el diagnóstico arriba indicado _____

_____

14. Según su opinión ¿Cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o accigente?_____

15. ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado por esta condición, diagnóstico o enfermedad? SI ◯ NO ◯ En caso afirmativo indique:

HOSPITAL	FECHA HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO

OBSERVACIONES: _____

_____

_____

_____

Nombre del Médico_____ Firma y Sello oficial del Médico (Circular) _____

Fecha

DIA	MES	AÑO

Teléfono (s): _____

SECCIÓN C: DEBE SER COMPLETADA POR EL PATRONO (Aplica para Pólizas Colectivas y Minimed).

La siguiente información debe ser obtenida de la tarjeta de enrolamiento:

Nombre del Empleado: _____ No. de Póliza _____ No. de Certificado: _____

Nombre de la Empresa: _____ Teléfono: _____

¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? Si ◯ No ◯

Cargo de quien autoriza este reclamo _____

Nombre, firma y sello de quien autoriza el reclamo _____