FEDECREDITO VIDA, S. A.
SEGUROS DE PERSONAS

FORMULARIO DE RECLAMO DE GASTOS
SEGURO COLECTIVO MEDICO HOSPITALARIO

1. SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Nombre del Patrono o Contratante: _____

No. de Póliza: _____ No. Certificado _____ Vigencia de la Póliza, Desde _____

Nombre del Asegurado Titular: _____

Nombre del Paciente: _____

Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo F ☐ M ☐

¿Fue causada la dolencia por un accidente?: SI ☐ NO ☐ en caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió? Dia Mes Año

¿Dónde y cómo ocurrió? _____

¿En caso de enfermedad, en qué fecha comenzó? Dia _____ Mes _____ Año _____ Referencias Médicos consultados:

NOMBRE	ESPECIALIDAD	TELEFONO
1° Médico		
Médico Actual		

Si ha estado hospitalizado por esta dolencia, indique:

NOMBRE HOSPITAL O CLINICA	FECHA ENTRADA	FECHA SALIDA

Solicitud de Reembolso: Nuevo ☐ Continuación ☐ Total gastos presentados US$ _____

¿La causa del padecimiento está relacionado con el empleo? SI ( ) NO ( ) **Origen de los gastos:** Consulta externa ( ) Hospitalización ( )

Declaro que estos datos son verdaderos y autorizo a los médicos, hospitales y otras personas e instituciones que me atendieron, para que suministren a FEDECREDITO VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS, cualquier información relacionada con este reclamo y si existiese falsedad en la información, la compañía no estará obligada a pagar ningún reclamo.

_____ _____ Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

Firma del Asegurado Teléfono

2. SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

Este empleado está Asegurado bajo el certificado No. _____ Inscrito en la Póliza el ____ de _____ de ____

Que ingresó al empleo el _____ de _____ de _____ ¿Reclama por Dependiente? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo dé el nombre del Dependiente: _____

¿Se debe esta reclamación a lesión o dolencia contraída durante el empleo? SI ☐ NO ☐

¿Tiene derecho a dichos beneficios? SI ☐ NO ☐ Lugar y Fecha: _____

_____ _____

Nombre del Patrono Firma y Sello

3. SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

Confirmo en mi condición de médico, haber asistido al paciente: _____

_____ Edad _____

Diagnóstico principal y condiciones concurrentes: _____

_____

En caso de paciente femenino, ¿se debe la condición a embarazo? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es afirmativa, tiempo del embarazo _____

¿En que fecha comenzó la causa básica de esta condición? _____

¿Tiempo de evolución? _____

¿Ha sido tratado por la misma causa u otras? _____

_____

En caso afirmativo explique, indique fechas, médicos, etc. _____

_____

Describa los servicios suministrados al paciente:

Número de consultas en clínica: _____ Desde: Día _____ Mes _____ Año _____ Hasta: Día _____ Mes _____ Año _____

Si hubo hospitalización:

Fecha de ingreso Desde: Día _____ Mes _____ Año _____ Fecha de alta: Día _____ Mes _____ Año _____

Días de hospitalización _____ Nombre del Hospital _____

¿Realizó visitas por emergencia? SI ☐ NO ☐ Si el paciente estuvo en U.C.I., indicar No. de días: _____

Número de visitas hospitalarias: _____ Número de visitas U.C.I.: _____ Detalles del tratamiento médico:

_____

_____

Si se practicó cirugía, proporcione nombre de procedimientos, comenzando por el principal y luego los secundarios:

_____

_____

Indique el tiempo operatorio: _____ Si se requirió ayudantía, detalle el motivo: _____

_____

Si solicitó médico para interconsulta, explique el motivo: _____

_____

¿Quedará el paciente con algún impedimento o secuela? SI ( ) NO ( ) En caso afirmativo explique el motivo: _____

_____

Tiempo de incapacidad _____ ¿Cuándo estima que el paciente se considerará curado? _____

Para efectos de pago, debe anexar resultados de estudio, exámenes de laboratorio y/o gabinete y reporte operatorio en caso de cirugías.

Nombre del Médico: _____

Dirección del Médico: _____

Teléfono No. _____ Fax: _____

_____ _____

Firma y Sello del Médico JVPM