EL ROBLE
Asegura lo que más quieres

Pago Convencional y Pago Directo

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN PARA GASTOS MÉDICOS Y DENTAL

SECCIÓN A. Información a ser completada por el Titular

Datos del Paciente: Asegurado Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Edad: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER. APELLIDO 2DO. APELLIDO

ESTADO CIVIL _____ OCUPACIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIA | MES | AÑO

PÓLIZA _____ CERTIFICADO _____ RECLAMO: INICIAL ☐ COMPLEMENTO ☐ P. CONVENCIONAL ☐ P. DIRECTO ☐

SI SU RECLAMO ES COMPLEMENTO, INDIQUE: DIAGNÓSTICO _____ NO. DE RECLAMO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____

TELEFÓNO _____ NO.DE CEDÚLA/DPI _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Si el reclamo es de una póliza de Accidentes Personales de Plan Escolar, indicar nombre del Padre o Encargado del Alumno a quién se debe emitir el cheque _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizó a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus registros clínicos) pertenecientes a este reclamo. También certifico estar enterado de la aplicación del Artículo 915 del Código de Comercio "Extinción de Responsabilidad", que indica, si con el fin de hacer incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones o no se remite con oportunidad la documentación referente al siniestro, la Compañía de Seguros quedará desligada de sus obligaciones.

_____ Firma del Asegurado

_____ Fecha (dia/ mes/ año)

SECCIÓN B. INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

PÓLIZA _____ CERTIFICADO _____ RECLAMO: INICIAL ☐ COMPLEMENTO ☐ P. CONVENCIONAL ☐ P. DIRECTO ☐

SI SU RECLAMO ES COMPLEMENTO, INDIQUE: DIAGNÓSTICO _____ NO. DE RECLAMO _____

NOMBRE DE LA EMPRESA _____

NOMBRE DEL EMPLEADO ASEGURADO _____ FECHA DE VIGENCIA _____
DIA | MES | AÑO

NOMBRE DEL DEPENDIENTE _____ FECHA DE VIGENCIA _____
DIA | MES | AÑO

Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo SI ☐ NO ☐

NOMBRE DE QUIÉN AUTORIZA _____ CARGO _____

_____ Firma de la persona Autorizada

_____ Sello de la Empresa Contratante

_____ Fecha (dia/ mes/ año)

SECCIÓN C. INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____ EDAD _____

FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA _____

DIAGNÓSTICO COMPLETO _____

ESTA INCAPACIDAD ES DE ORIGEN: ACCIDENTE ☐ ADQUIRIDO ☐ DENTAL ☐ CONGÉNITO ☐ EMBARAZO ☐

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA INCAPACIDAD _____

SI ES POR **DENTAL,** FAVOR INDIQUE SI LA CAUSA ES POR: ACCIDENTE ☐ ENFERMEDAD ☐ FECHA _____
DIA | MES | AÑO

SI ES POR **EMBARAZO,** FAVOR INDIQUE: F.U.R. _____ F.P.P. _____

TRATAMIENTO SUMINISTRADO _____

INDIQUE FECHA EN LA QUE SE ATENDIÓ AL PACIENTE _____

SI REALIZÓ CIRUGÍA, INDIQUE EN QUE HOSPITAL Y HAGA DESCRIPCIÓN DE LA MISMA _____

QUEDARÁ EL PACIENTE CON ALGÚN IMPEDIMENTO O SECUELA DE LA INCAPACIDAD REPORTADA SI ☐ NO ☐

TIEMPO DE LA INCAPACIDAD _____

¿CUÁNTO ESTIMA QUE EL PACIENTE QUEDARÁ CURADO? _____

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO _____

ESPECIALIDAD _____ COLEGIADO _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

_____ Firma deL Médico Tratante u Odontólogo

_____ Sello del Médico Tratante u Odontólogo

_____ Fecha (dia/ mes/ año)

7ª. Avenida 5-10, Zona 4 Centro Financiero Torre II, Nivel 16 Guatemala, C.A. Código Postal 01004 Apdo. Postal 2513 PBX 2420-3333, FAX 2361-1191 Www.Elroble.Com

---

Codo reclamo de consulta y/o procedimiento en clínica | Pago Directo

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE/ ASEGURADO/ EMPRESA

Datos del Paciente: Asegurado Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Edad: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____ PÓLIZA _____ CERTIFICADO _____

DIAGNÓSTICO COMPLETO _____

PROCEDIMIENTO EFECTUADO _____

FECHAS DE CONSULTA _____

_____ Firma deL Médico Tratante u Odontólogo

_____ Sello del Médico Tratante

_____ Firma del Asegurado

_____ Firma/Sello de la Empresa

7ª. Avenida 5-10, Zona 4 Centro Financiero Torre II, Nivel 16 Guatemala, C.A. Código Postal 01004 Apdo. Postal 2513 PBX 2420-3333, FAX 2361-1191 Www.Elroble.Com

EL ROBLE
Asegura lo que más quieres

Pago Convencional y Pago Directo

SECCIÓN C. INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO (CONTINUACIÓN)

EXCLUSIVO PARA PAGO DIRECTO

Para evitar demoras en el proceso de aprobación, favor completar con letra legible y de molde.

NOMBRE DEL PROVEEDOR AFILIADO_____

HOSPITALIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnóstico ya realizados.

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO
1. _____	
2. _____	
3. _____	

HONORARIOS CIRUJANO _____ HONORARIOS AYUDANTE _____

HONORARIOS ANESTESISTA _____ OTROS _____

OBSERVACIONES _____

EXÁMENES ESPECIALES, RADIOLOGÍA, LABORATORIOS

Cistouretroscopia ☐	Colonoscopia ☐	Electrocardiograma ☐	Electroencefalograma ☐
Electromiograma ☐	Gastroscopia ☐	Mamografía ☐	Prueba de Esfuerzo ☐
Resonancia Magnética ☐	Tomografía ☐	Ultrasonido ☐	Otros (Especifique) ☐

1. _____	5. _____	9. _____	13. _____
2. _____	6. _____	10. _____	14. _____
3. _____	7. _____	11. _____	15. _____
4. _____	8. _____	12. _____	16. _____

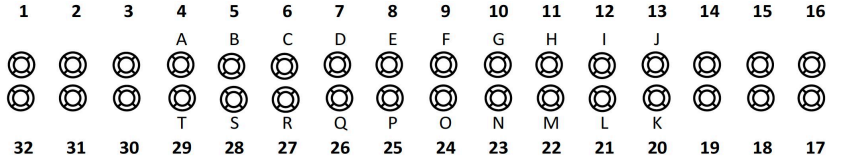
MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL PROVEEDOR AFILIADO_____

Medicamento	Presentación (Gg, Tab, Susp, etc.)	Principio Activo	Dosis (mg, gr, ml, etc.)	Posología (BID, TID, QID, etc)	Días	Cantidad Aprobada
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

TRATAMIENTO DENTAL (aplica para Pago Convencional y Pago Directo)

FECHA	DIENTE	SUPERFICIE	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CARGO	USO ADMINISTRATIVO I	II	III



TOTALES		
DEDUCIBLE		
BALANCE		
BENEFICIOS%		
PAGO TOTAL		

Firma de la persona Autorizada

Sello de la Empresa Contratante

Fecha (dia/ mes/ año)