SWEADEN
Compañía de Seguros S.A.

Formulario de Reclamación de Gastos Médicos

SECCIÓN 1: Datos generales del reclamo

Alcance a Reclamo #: _____

Coordinación de beneficios: ☐ Si ☐ No

Clase: Ambulatorio ☐ Hospitalario ☐

Línea: Individual ☐ Corporativo ☐ Masivo ☐

Fecha de solicitud: ___/___/___ Bróker: _____ Ciudad: _____

SECCIÓN 2: Datos a ingresar por el asegurado — DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante: _____ Póliza: _____

Titular: _____ C.I.: _____ Celular: _____

Paciente: _____ C.I.: _____ Celular: _____

Parentezco _____ Sexo: F ☐ M ☐ Edad: _____ E-mail: _____

DATOS DE LA INCAPACIDAD

Enfermedad ☐ Hospitalización ☐ Maternidad ☐ Accidente ☐

Enfermedad (Signos y/o síntomas) _____

Inicio de signos y/o síntomas ___/___/___ Ha recibido atención previa por esta causa ☐ Si ☐ No Nombre del Médico Tratante _____

EN CASO DE SER ACCIDENTE:

Fecha del accidente: ___/___/___ ¿Cómo ocurrió el accidente?: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de atención médica que suministren a SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., cualquier información, incluyendo pero no limitada a: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc.

SECCIÓN 3: Datos a ingresar por el Médico Tratante

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Diagnóstico Completo: _____

En caso de embarazo (F.U.M.) ___/___/___ Fecha de síntomas ___/___/___ Fecha de primera atención ___/___/___

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO

Código CPT: _____ Hospital y/o Clínica: _____

_____ Fecha de hospitalización: Desde: ___/___/___ Hasta: ___/___/___

Observaciones adicionales del Médico Tratante: _____

SECCIÓN 4: Detalle de gastos

N° de Facturas	Descripción	N° de Soportes	Valor
	Consulta Externa		$
	Laboratorio/Imágenes		$
	Medicinas		$
	Procedimientos Especiales		$
	Hospitalizacion		$
	Otros		$
	TOTAL		$

NOTA: Los documentos básicos de soportes que se deben adjuntar se detallan en el reverso de este formulario

Asegurado Firma

Médico Tratante Firma y Sello

Prestador Hospitalario Firma y Sello

SWEADEN
Compañía de Seguros S.A.

Formulario de Reclamación de Gastos Médicos

DOCUMENTOS DE SOPORTE

1. Formulario de Reclamos
2. Facturas originales desglosadas de consulta, laboratorio, imágenes, medicinas, patología, hospitalización y otros servicios proporcionados por establecimientos de salud.
3. Ambulatorio: Deben adjuntarse originales de órdenes, pedidos y recetas emitidas por el médico y que deberá contener el detalle de las prestaciones.
4. Ambulatorio: Copia de todos los resultados e informes de las prestaciones realizadas y relacionadas con el reclamo que están documentando.
5. Hospitalario: Copia certificada de historia clínica, epicrisis, anamnesis, protocolo operatorio, récord de anestesia, notas de evolución y demás soportes hospitalarios.
6. Emergencia: Formulario 008
7. Medicación continúa: Receta será valida máximo 6 meses, en el 1er reclamo se adjuntará original y en meses subsiguientes copia de la receta.
8. Coordinación de beneficios: Se adjuntará original de liquidación de la primera compañía en liquidar firmada y sellada, copias de todos los soportes pertinentes.
9. Todos los documentos que soportan un reclamo deben estar debidamente sellados y firmados por el prestador que los emite. Así también, los formularios deberán estar debidamente diligenciados en todas sus secciones. En las Condiciones Generales se describen todos los documentos en detalle.