SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

MAPFRE | COSTA RICA
Compañía de Seguros

INFORMACIÓN PARA SE COMPLETADA POR EL ASEGURADO:

1.N° DE PÓLIZA / CERT.	NOMBRE DE GRUPO:	2. NOMBRE DEL ASEGURADO (DUEÑO DE PÓLIZA)	FECHA NAC (DUEÑO DE PÓLIZA)	3. CÉDULA

4. TELÉFONO:	5. NOMBRE DEL PACIENTE:	6. FECHA NAC DEL PACIENTE:	7. SEXO:
		DÍA_____MES_____AÑO_____	☐ M ☐ F

8.DATOS PARA TRANSFERENCIA ELECTRONICA	BANCO:	N°CUENTA SIMPE:	CORREO ELECTRONICO:

9. FAVOR DETALLE EL TOTAL DE GASTOS QUE USTED ESTÁ PRESENTANDO:		10. EN CASO DE ACCIDENTE, EXPLIQUE:	11. SI POSEE USTED OTRO SEGURO QUE PUDIERA CUBRIR PARTE DE LOS GASTOS, INDIQUE:
Consulta	₡	Donde:	TIPO DE SEGURO: ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ AUTO ☐ ACCIDENTES PERSONALES
Medicamentos	₡	Cuando:	
Laboratorio	₡	Como sucedió:	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA:
Rayos X	₡		
Cirugía	₡	Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo a las provisiones de la póliza. Asimismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo.	
Exámenes Especiales	₡	FIRMA: FECHA:	
Otros	₡	AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDIDO Y/O HOSPITAL	
Total	₡	Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/o hospital por los servicios prestados.	
		FIRMA: FECHA:	

INFORMACIÓN PARA SE COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE:

12. Fecha en que tuvo el primer síntoma: DÍA_____MES_____AÑO_____ ☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE ☐ EMBARAZO (FUM)

13. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE CÓD.)	CÓDIGO

14. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SERVICIO MÉDIDO SUMINISTRADO

FECHA	LUGAR (COD)*	DESCRIBA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O SERVICIO MÉDICO	CÓDIGO	CARGO

*Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (O) Oficina (H) Hogar (OL) Otro lugar (U) Urgencias

15. INDIQUE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO O RAYOS X QUE USTED ORDENÓ:

16. ¿CUÁNDO ATENDIÓ AL PACIENTE POR PRIMERA VEZ? DÍA_____MES_____AÑO_____	DIAGNÓSTICO:	17. NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO REFIRIÓ:

CERTIFICCO QUE ATENDÍ AL PACIENTE ARRIBA INDICADO Y QUE LAS DECLARACIONES QUE HE HECHO CORRESPONDEN A LOS SERVICIOS QUE HE PRESTADO:

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: FECHA:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CÉD. O RUC.	TEL. CLÍNICA