ASEGURADORA GENERAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN PARA GASTOS MÉDICOS Y ACCIDENTES PERSONALES

IMPORTANTE: Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo conteste todas las preguntas del formulario detalladamente.

SECCIÓN "A" PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre de la Empresa para la cual labora el Asegurado principal: _____

Nombre completo del Asegurado principal: _____

Por este medio solicito el pago de los Gastos Médicos incurridos por: mí ☐ esposa(o) ☐ hijo(a) ☐

Nombre completo del paciente: _____

DPI: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

E-mail: _____

En caso de accidente:

Indique cuando ocurrió: _____ Donde ocurrió: _____

Cómo ocurrió: (Practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc.): _____

_____

_____

En caso de enfermedad:

Describa los síntomas: _____

Fecha en que dió inicio: _____ Fecha de la primera consulta: _____

Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:

Sí: _____ No: _____ ¿Cuando? _____

Nombre y teléfono de médico tratante: _____

_____

En caso de maternidad:

Fecha de inicio de embarazo: _____

Fecha de la atención: _____

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

Nombre, dirección, teléfono del primer médico consultado y de otros médicos que prestaron sus servicios:

_____

_____

TIENE SEGURO CON OTRA COMPAÑÍA: Sí: _____ No: _____

Si su respuesta es afirmativa favor indicar el nombre y número de póliza: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a la compañía de seguros que ampara la presente póliza, cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.

No. Póliza: _____ Certificado: _____

Fecha: _____ Firma del asegurado principal: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Si su plan es colectivo (aquí completar sección con los siguientes datos RRHH):

Empresa contratante y sello:	Firma autorizada:	Cargo:

NO OLVIDE ADJUNTAR LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE HOSPITAL, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANOS, ANESTESISTA, RADIÓLOGO, LABORATORISTA, RESULTADOS DE LABORATORIO, MEDICINA, RECETAS Y RX.)

SECCIÓN "B" PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

1. Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo M( ) F( )
2. Fecha de primera consulta por esta incapacidad: _____
3. Dé su diagnóstico completo: _____

_____

_____

4. Según su opinión ¿Cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión? _____
5. Fecha inicial de tratamiento: _____
6. Ordenó usted hospitalización Sí ( ) No ( ) En caso negativo nombre del médico que la ordenó: _____

_____ Dirección: _____ Teléfono: _____

7. Si el paciente fue retenido por otro médico o hay otro médico involucrado favor citar:

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

PARA SU COMODIDAD FAVOR COMPLETAR ÚNICAMENTE LA SECCIÓN QUE CORRESPONDE AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Número de visitas en clínica: _____ Valor por visita: _____ Total: _____
Número de visitas a domicilio: _____ Valor por visita: _____ Total: _____
Exámenes de Diagnóstico ordenados: _____
Medicamentos ordenados: _____

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Nombre del hospital: _____
Fecha de admisión: _____ Hora: _____ Fecha de egreso: _____ Hora: _____
Si no hay cirugía describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones: _____

_____

Número de visitas dentro del hospital: _____ Valor por visita: _____ Total: _____
(Solo para casos en los que no hay cirugía involucrada) Honorarios por tratamiento: _____
Si hay cirugía indique el nombre del o los procedimientos realizados: _____
_____ Número de código RVS: _____
_____ Número de código RVS: _____
Honorarios por procedimiento quirúrgico: _____

MATERNIDAD

Si el reclamo es por maternidad indique:
Fecha aproximada de fecundación: _____ Fecha de atención: _____

Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuanto tiempo: _____
Observaciones: _____

_____

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales y a otras instituciones a que otorguen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los informes que se refieran a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tienen el valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en estas formas fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico.

Nombre del médico: _____ Colegiado No. _____
Dirección y teléfono: _____ Fecha: _____

Sello del médico: _____ Firma: _____

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS REEMBOLSA LOS GASTOS MÉDICOS DEPENDIENDO DE LAS CONDICIONES INDIVIDUALES DE LA PÓLIZA CONTRATADA. EN NINGÚN CASO SERÁN RECONOCIDOS COMO GASTOS CUBIERTOS AQUELLOS QUE NO SEAN RAZONABLEMENTE NECESARIOS, NI SE PAGARÁ ALGUNO EN EXCESO DE LA CANTIDAD QUE USUALMENTE DEBE RECONOCERSE POR EL SERVICIO O MEDICAMENTO QUE SE TRATE.