BANCO CHN
CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL | Seguros y Fianzas

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Estimado asegurado, tenga en cuenta que para evitar demoras innecesarias al momento de solicitar un servicio médico es esencial la siguiente información, que se le agradece completar:

Nombre completo: _____

Teléfono: _____ No. DPI: _____ Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: _____

Asegurado titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo (a) ☐ Género: Masculino ☐ Femenino ☐ Edad _____

Nombre completo del paciente: _____ Teléfono: _____

Estado civil: _____

Soltero ☐ Casado ☐ Otros ☐ Ocupación _____ Fecha de nacimiento: _____

Póliza: _____ Certificado: _____ Reclamo: Reembolso ☐ P. Directo ☐ Complemento ☐

No. de cuenta bancaria _____ Entidad bancaria: _____ Tipo de cuenta Monetaria ☐ Ahorro ☐

Diagnóstico: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y facturas adquiridas son verificadas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, instituciones y otras para que suministren al Departamento de Seguros y Previsión de El Crédito Hipotecario Nacional de Guatemala cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos (expedientes de pacientes), exámenes de laboratorio, ultrasonidos, rayos X, etc. Perteneciente a este reclamo. Queda entendido que la compañía de seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener la información necesaria.

_____ Firma del reclamante

_____ Lugar y fecha

II. INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

Si su reclamo es complemento, indique: Diagnóstico:

_____ _____

Nombre de la empresa

_____

Nombre del empleado asegurado: Fecha de ingreso a la póliza

_____

Nombre del dependiente por el cual se presenta la reclamación: Fecha de ingreso a la póliza

Trabaja el empleado en esta empresa: cuando inicio la incapacidad Si ☐ No ☐ Si es NO identificar donde: _____

Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad Si ☐ No ☐ Es la reclamación a causa de lesión o dolencia aquirida durante el empleo: ☐

Recomienda que se pague esta reclamación: Si ☐ No ☐ Porque: _____

_____ Firma de la Persona Autorizada

_____ Sello de Empresa Contratante:

_____ Fecha:

III. PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de la primera consulta: Diagnóstico completo:

_____ _____

Esta incapacidad es de origen: Accidente: ☐ Adquirido: ☐ Dental: ☐ Congénito: ☐ Embarazo: ☐

Tiempo de evolución de la incapacidad: Primera fecha de consulta Fecha en que la enfermedad fue diagnosticada

_____ _____ _____

Nombre del hospital: Fecha de admisión: Fecha de Egreso:

_____ _____ _____

¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o recibido tratamiento médico por esta condición? Especifique:

_____

Si es por embarazo, favor indique: Tratamiento suministrado:

_____ _____ _____

FUR F P P

Observaciones: _____

_____

BANCO CHN
CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL | Seguros y Fianzas

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Nombre del Médico Tratante _____ Especialidad: _____ Teléfono Clínica: _____ Celular: _____

Firma del Médico Tratante _____ Sello del Médico _____ Fecha _____

IV. SOLICITUD DE PAGO DIRECTO

Nombre del proveedor afiliado: _____

HOSPITALIZACION 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 resultados de todos los procedimientos de diagnósticos ya realizados. Indique el (los) procedimiento (s).

CÓDIGO

1. _____ _____
2. _____ _____
3. _____ _____

Honorarios del cirujano: _____ Honorarios Ayudante: _____

Honorarios del Anestesista: _____ Otros: _____

Observaciones: _____

EXÁMENES ESPECIALES, RADIOLOGÍA, LABORATORIOS

Cistouretoscopia ☐	Colonoscopia ☐	Electrocardograma ☐	Electroencefalograma ☐
Electromigrama ☐	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

	Medicamentos	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.							

V. TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del Odontólogo: _____ NIT: _____ Email _____

Dirección: _____

Fecha 1ra visita: _____ Fecha fin del tratamiento: _____ Teléfono: _____ Colegiado: _____

Marque piezas trabajadas	Diente No.	Superficie.	Descripción del servicio	Fecha del servicio	Cargo	Para Uso Administrativo F I F II FII
						