

**SECCIÓN A - PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR**

Datos del paciente: Asegurado Titular  Cónyuge  Hijo(a)  Sexo: M  F  Edad \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento 

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

  
 Póliza: \_\_\_\_\_ Certificado: \_\_\_\_\_ Reclamo: Inicial  Complemento  P. Convencional  P. Directo   
 Si su reclamo es complemento, indique: Diagnóstico \_\_\_\_\_ No. Reclamo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado titular \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ No. Cédula/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, 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 TITULAR Fecha 

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

**SECCIÓN B - PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE**

Póliza \_\_\_\_\_ Certificado \_\_\_\_\_ Reclamo: Inicial  Complemento  P. Convencional  P. Directo   
 Si el reclamo es complemento, indicar: Diagnóstico: \_\_\_\_\_ No. Reclamo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleado asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia 

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

  
 Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia 

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

  
 Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo Sí  No   
 Nombre de quien autoriza: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE Fecha 

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

**SECCIÓN C - 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 

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

  
 Si es por **Embarazo**, favor indique: F.U.R. \_\_\_\_\_ F.P.P. \_\_\_\_\_  
 Tratamiento suministrado: \_\_\_\_\_  
 Indique fecha en que atendió al paciente: \_\_\_\_\_  
 Si realizó cirugía, haga descripción de la misma e indique en que hospital: \_\_\_\_\_  
 Quedará el paciente con algún impedimento o secuela de la incapacidad reportada Sí  No   
 Tiempo de incapacidad: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo 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 

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

**COMPLETADO 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 Médico Tratante Sello del Médico Tratante Firma del Asegurado Firma/Sello de la Empresa

**SECCIÓN C - 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.

Indique el (los) Procedimiento(s)	Código
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
Honorarios Cirujano _____	Honorarios Ayudante _____
Honorarios Anestesiista _____	Otros _____
Observaciones: _____	

**Exámenes Especiales, Radiología, Laboratorios**

**Nombre del Proveedor Afiliado** \_\_\_\_\_

Cistouretroscopia <input type="checkbox"/>	Colonoscopia <input type="checkbox"/>	Electrocardiograma <input type="checkbox"/>	Electroencefalograma <input type="checkbox"/>
Electromiograma <input type="checkbox"/>	Gastroscopia <input type="checkbox"/>	Mamografía <input type="checkbox"/>	Prueba de Esfuerzo <input type="checkbox"/>
Resonancia Magnética <input type="checkbox"/>	Tomografía <input type="checkbox"/>	Ultrasonido <input type="checkbox"/>	Otros (Especifique) <input type="checkbox"/>
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												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	TOTALES			
⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	DEDUCIBLES			
⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	BALANCE			
			T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K				BENEFICIOS %			
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	PAGO TOTAL			

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

\_\_\_\_\_  
SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO