

TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER RESPONDIDAS, PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS

SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Gastos Médicos incurridos por Titular Cónyuge hijo(a)

1. Nombre del paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Femenino Masculino

3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI NO

4. Indique la índole de la dolencia: _____

5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI NO

En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? _____ A las _____ A.M. P.M.

¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____

6. En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó? _____ Dé la fecha de la primera visita: _____

7. Nombre y dirección del primer Médico consultado _____

8. Indique los síntomas que le causó la enfermedad _____

9. Recibió algún tratamiento previo: SI NO

10. Dé nombre, dirección y teléfono de su Médico actual, así como el de todos los otros Médicos que lo asisten por esta enfermedad:

11. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI NO En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: _____ Fecha de Admisión: _____

12. ¿Están los gastos de este reclamo cubiertos por cualquier otra póliza de Gastos Médicos? SI NO En caso afirmativo indique:

Compañía de Seguros: _____ Número de Póliza: _____

Fecha de Vigencia: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales y centros de salud que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Fecha: _____

Nombre del Asegurado Titular

No. Certificado: _____

Teléfonos: _____

Firma del Asegurado Titular

Dirección: _____

1/2

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR SU RECLAMO

1. Complete este formulario procurando que sus respuestas sean claras.
2. Su médico tratante deberá completar, firmar y sellar la Sección B. Sírvase indicarle que debe de responder todas las preguntas.
3. Por favor sírvase adjuntar a este formulario las FACTURAS ORIGINALES que amporen sus gastos y la siguiente papelería de acuerdo al tipo de gasto efectuado:

EXAMENES

- Orden del médico
- Resultados de los exámenes de laboratorio
- Resultados de Radiografías o Resonancias
- Resultados de Tomografía o Endoscopia

MEDICAMENTOS

- Receta del médico (paciente, dosis, frecuencia y periodo de tratamiento)

HOSPITALIZACION

- Indicar record de anestesia
- Detalle del Hospital

