



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: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
 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.