

FORMULARIO DE RECLAMACION PARA GASTOS MÉDICOS

IMPORTANTE: Con la finalidad de procesar su reclamo rápidamente, le agradeceremos contestar todas las preguntas en forma detallada.

SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL.

Nombre de la Empresa para la cual labora: _____

Nombre completo del asegurado: _____

Por este medio solicito el pago de los Gastos Médicos incurridos por: MI ESPOSO (A) HIJO (A)

Nombre completo del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Nacionalidad _____

Correo Electrónico: _____

En caso de Accidente:

Indique cuando ocurrió: _____ (Hora): _____ Donde ocurrió: _____

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

En caso de enfermedad:

Describa los síntomas: _____

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

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

Si _____ No _____ Cuándo: _____

En caso afirmativo favor indicar el Nombre, dirección y teléfono del médico y fecha en que fue diagnosticada:

En caso de Maternidad:

Fecha de inicio del Embarazo: _____

Fecha del parto o aborto: _____

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

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

TIENE SEGURO CON OTRA COMPAÑÍA: SI _____ 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, personas, clínicas, instituciones u otros para que suministren a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, (expediente del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc. pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.

Fecha: _____ Firma del Asegurado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

FAVOR NO OLVIDE DE ADJUNAR FACTURAS DETALLADAS DE TODOS LOS GASTOS EN QUE INCURRIO POR ESTA INCAPACIDAD, ORDENES Y RESULTADOS DE EXAMES DE DIAGNOSTICO, Y RECETAS DE MEDICINAS.

SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

Trabajaba el asegurado cuando comenzó la incapacidad: SI NO

Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad: SI NO

Recomienda que se pague esta incapacidad: SI NO

Nombre del Asegurado:		
Fecha efectiva del seguro:		Fecha de empleo:
Nombre del Dependiente:		Fecha efectiva del seguro:
Nombre de la empresa contratante:		
Póliza Número:	Certificado Número:	Categoría o Clase:
Firma Autorizada:		Cargo:
Fecha:	SELLO DE LA EMPRESA:	

SECCION "C" PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO TRATANTE

1 Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: M () F ()
2 Fecha de primera consulta por esta incapacidad: _____
3 De su diagnóstico completo: _____
4 Según su opinión cuando se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión: _____
5 Fecha inicial del tratamiento: _____
6 Ordeno usted hospitalización: Si () No () En caso negativo nombre del médico que la ordenó: _____
_____ Dirección: _____ Teléfono: _____
7 Si el paciente fue referido por otro médico o hay otro médicos involucrados favor citar:
Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

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

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Numero de visitas en clínica: _____	Valor por visita: _____	Total: _____
Numero de visitas a domicilio: _____	Valor por visita: _____	Total: _____

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Nombre del Hospital: _____
Fecha de Admisión: _____ Fecha de Egreso: _____
Si no hay cirugía: Describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones: _____
Numero 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 exclusivamente: _____

MATERNIDAD

Si el reclamo es por maternidad indique: Fecha aproximada de fecundación: _____ Fecha de parto o aborto: _____

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 tiene el valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico que obra en mi poder.

Nombre y Sello del Médico: _____ Colegiado No.: _____

Dirección y Teléfono: _____

Firma y sello del médico: _____ Fecha: _____

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsa los honorarios médicos cobrados 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.

"Declaro que, en cumplimiento de los artículos 13 y 14 de la Ley Para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008 autorizo a la Compañía de Seguros a consultar información referente a reclamos sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor, así como información sobre datos personales, bienes y relaciones con terceros, en base a los artículos 1, 2, 9 numeral 1 y 64 de la Ley del Acceso a la Información Pública, Decreto 57-2008, autorización que permanecerá mientras subsista cualquier acto pendiente relacionado en forma directa o indirecta con la relación contractual de las partes existentes.

**SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR LA COMPAÑÍA
CONFORMACIÓN DE COBERTURAS**

Empleado asegurado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dependiente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cobertura de Gastos Médicos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Póliza No.:	Certificado No.:	Plan:	Fecha inclusión al plan:
Primas pagada hasta:	Revisado por:	Fecha:	