



# EL ROBLE

Asegura lo que más quieres

Pago Convencional y Pago Directo

## FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN PARA GASTOS MÉDICOS Y DENTAL

### SECCIÓN A. Información a ser completada por el Titular

Datos del Paciente: Asegurado Titular  Cónyuge  Hijo(a)  Sexo: M  F  Edad: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER. APELLIDO 2DO. APELLIDO

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DIA | MES | AÑO

PÓLIZA \_\_\_\_\_ CERTIFICADO \_\_\_\_\_ RECLAMO: INICIAL  COMPLEMENTO  P. CONVENCIONAL  P. DIRECTO

SI SU RECLAMO ES COMPLEMENTO, INDIQUE: DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ NO. DE RECLAMO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ NO. DE CEDÚLA/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 y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo 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

Fecha (día/ mes/ año)

### SECCIÓN B. INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

PÓLIZA \_\_\_\_\_ CERTIFICADO \_\_\_\_\_ RECLAMO: INICIAL  COMPLEMENTO  P. CONVENCIONAL  P. DIRECTO

SI SU RECLAMO ES COMPLEMENTO, INDIQUE: DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ NO. DE RECLAMO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO ASEGURADO \_\_\_\_\_ FECHA DE VIGENCIA \_\_\_\_\_  
DIA | MES | AÑO

NOMBRE DEL DEPENDIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE VIGENCIA \_\_\_\_\_  
DIA | MES | AÑO

Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo SI  NO

NOMBRE DE QUIÉN AUTORIZA \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_

Firma de la persona Autorizada

Sello de la Empresa Contratante

Fecha (día/ mes/ año)

### SECCIÓN C. INFORMACIÓN 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 \_\_\_\_\_  
DIA | MES | AÑO

SI ES POR EMBARAZO, FAVOR INDIQUE: F.U.R. \_\_\_\_\_ F.P.P. \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO SUMINISTRADO \_\_\_\_\_

INDIQUE FECHA EN LA QUE SE ATENDIÓ AL PACIENTE \_\_\_\_\_

SI REALIZÓ CIRUGÍA, INDIQUE EN QUE HOSPITAL Y HAGA DESCRIPCIÓN DE LA MISMA \_\_\_\_\_

QUEDARÁ EL PACIENTE CON ALGÚN IMPEDIMENTO O SECUELA DE LA INCAPACIDAD REPORTADA SI  NO

TIEMPO DE LA INCAPACIDAD \_\_\_\_\_

¿CUÁNTO 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)

7ª. Avenida 5-10, Zona 4 Centro Financiero Torre II, Nivel 16 Guatemala, C.A. Código Postal 01004 Apdo. Postal 2513 PBX 2420-3333, FAX 2361-1191 Www.Elroble.Com

Codo reclamo de consulta y/o procedimiento en clínica | Pago Directo

### INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA 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 del Médico Tratante u  
Odontólogo

Sello del Médico Tratante

Firma del Asegurado

Firma/Sello de la Empresa

7ª. Avenida 5-10, Zona 4 Centro Financiero Torre II, Nivel 16 Guatemala, C.A. Código Postal 01004 Apdo. Postal 2513 PBX 2420-3333, FAX 2361-1191 Www.Elroble.Com

