


FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN PARA GASTOS MÉDICOS, ACCIDENTES PERSONALES Y DENTAL

— SECCIÓN 'A' PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre del asegurado principal:

 Por este medio solicito los gastos incurridos por: Mi Esposa (o) Hijo (a)

Nombre completo del paciente:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Ocupación:

Sexo:

Estado civil:

EN CASO DE ACCIDENTE

Indique cuándo ocurrió:

 Cómo ocurrió: *(practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc.)* _____

EN CASO DE ENFERMEDAD

Describa los síntomas:

Fecha en que dio inicio:

 ¿Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente? Sí No ¿Cuándo?:

Nombre y teléfono del médico tratante:

EN CASO DE MATERNIDAD

Fecha de inicio del embarazo:

Fecha de atención:

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS, INDIQUE:

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

No. de póliza:

Certificado:

Fecha:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma del asegurado principal:

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.


— SECCIÓN 'B' PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Fecha de primera consulta por esta incapacidad:

Diagnóstico completo: _____

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Número de visitas en clínica:

Valor por visita:

Número de visitas a domicilio:

Valor por visita:

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Nombre del hospital:

Fecha de admisión:

Hora:

Fecha de egreso:

Hora:

Número de visitas dentro del hospital:

Valor por visita:

Si hay cirugía indique el nombre del o los procedimientos realizados: _____

Número de código:

Honorarios por procedimiento:

