

COMPLEMENTO DE RECLAMO SEGURO COLECTIVO - GASTOS MÉDICOS -

Agradecemos completar la siguiente información con la finalidad de agilizar el proceso de su reclamo.

PÓLIZA NO.: _____ CERTIFICADO _____

ASEGURADO: _____

DEPENDIENTE: _____

NO. DE TELEFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

Información del reclamo inicial por este mismo padecimiento (Indispensable)

RECLAMO NO.: _____ FECHA _____

FECHA EN QUE SE PRESENTARON GASTOS POR PRIMERA VEZ POR ESTE DIAGNÓSTICO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Si sus gastos corresponden a seguimiento por reclamo tramitado bajo pago directo por favor indique:

NOMBRE DEL HOSPITAL / MÉDICO: _____ FECHA _____

Favor detallar documentos adjuntos al presente formulario:

PROVEEDOR	No. FACTURA	VALOR
TOTAL:		

Indique con una "x" si adjunta los siguientes documentos:

Recetas Médicas

Órdenes de Laboratorio

Resultados de Laboratorio

SE REQUERIRÁ NUEVO FORMULARIO DESPUÉS DE SEIS MESES DE HABERSE PRESENTADO EL INICIAL O CON RE-INGRESOS HOSPITALARIOS. LA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR UN NUEVO FORMULARIO ANTES DE ESTE PLAZO SI LO CONSIDERA NECESARIO.

"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.