

**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: _____<br>_____                                            |
| 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:<br>_____ Número de Código RVS: _____<br>_____ Número de Código RVS: _____ |
| Honorarios por procedimiento quirúrgico exclusivamente: _____                                                                                    |

**MATERNIDAD**

|                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si el reclamo es por maternidad indique:<br>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: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <small>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.</small> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

"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:                                                                              |                          |