

SECCIÓN A – PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Datos del Paciente: Asegurado Titular Cónyuge Hijo(a) Sexo: M F Edad _____
 Nombre Completo del Paciente _____
 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. Reclamo _____
 Nombre del Asegurado Titular _____
 Teléfono _____ No. Cédula/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 TITULAR Fecha DIA MES AÑO _____

SECCIÓN B – PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

Póliza _____ Certificado _____ Reclamo: Inicial Complemento P. Convencional P. Directo
 Si el reclamo es Complemento, indicar: Diagnóstico _____ No. 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 quien autoriza _____ Cargo _____

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA _____ SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE Fecha DIA MES AÑO _____

SECCIÓN C – 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 que 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 incapacidad _____
 ¿Cuándo 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 DIA MES AÑO _____



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

COMPLETADO 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 Médico Tratante _____ Sello del Médico Tratante _____ Firma del Asegurado _____ Firma/Sello de la Empresa _____

SECCIÓN C – PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO (Continuación)
EXCLUSIVO PARA PAGO DIRECTO

Para evitar demoras en el proceso de aprobación, favor completar con letra legible y de molde.

Nombre del Proveedor Afiliado _____

Hospitalización y/o Procedimientos Especiales

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y/o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnóstico ya realizados.

Indique el (los) Procedimiento(s)

Código

1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____

 Honorarios Cirujano _____ Honorarios Ayudante _____
 Honorarios Anestesiista _____ Otros _____

Observaciones: _____

Exámenes Especiales, Radiología, Laboratorios

Cistouretroscopia <input type="checkbox"/>	Colonoscopia <input type="checkbox"/>	Electrocardiograma <input type="checkbox"/>	Electroencefalograma <input type="checkbox"/>
Electromiograma <input type="checkbox"/>	Gastroscopia <input type="checkbox"/>	Mamografía <input type="checkbox"/>	Prueba de Esfuerzo <input type="checkbox"/>
Resonancia Magnética <input type="checkbox"/>	Tomografía <input type="checkbox"/>	Ultrasonido <input type="checkbox"/>	Otros (Especifique) <input type="checkbox"/>
1 _____	5 _____	9 _____	13 _____
2 _____	6 _____	10 _____	14 _____
3 _____	7 _____	11 _____	15 _____
4 _____	8 _____	12 _____	16 _____

Medicamentos
Nombre del Proveedor Afiliado _____

Medicamento	Presentación (Gg, Tab, Susp, etc.)	Principio Activo	Dosis (mg, gr, ml, etc.)	Posología (BID, TID, QID, etc.)	Días	Cantidad Aprobada
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Tratamiento Dental (Aplica para Pago Convencional y Pago Directo)

FECHA	DIENTE	SUPERFICIE	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CARGO	USO ADMINISTRATIVO														
					I	II	III												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	TOTALES			
⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	DEDUCIBLE			
⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	BALANCE			
																BENEFICIOS%			
																PAGO TOTAL			
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17				
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	J							
			T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K							

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

 Fecha

DIA	MES	AÑO