

RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS

INFORMACION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. No. de póliza CERT.	Nombre del Grupo	2. Nombre del asegurado (dueño de póliza)	Fecha de Nac. (dueño de póliza)	3. Cédula
4. Teléfono:	5. Nombre del paciente:		6. Fecha de Nac. del Paciente: Día _____ Mes _____ Año _____	7. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
8. Favor detalle el total de gastos que Ud. está presentando:		9. En caso de accidente, explique donde _____ cuando _____ y como sucedio _____		10. Si posee Ud. otro seguro que pudiera cubrir parte de los gastos, indique: Tipo de Seguro <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Acc. Personal Nombre de la Cía. Aseguradora
Consulta \$ _____		Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo a las provisiones de la póliza. Así mismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo. Firma _____ Fecha _____ <b style="text-align: center;">AUTORIZACION PARA REEMBOLSO DIRECTO A MEDICO Y/O HOSPITAL Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/u hospital por los servicios prestados. Firma _____ Fecha _____		
Medicamentos \$ _____				
Laboratorio \$ _____				
Rayos X \$ _____				
Cirugía \$ _____				
Exámenes Especiales \$ _____				
Otros \$ _____				
TOTAL \$ _____				

INFORMACION PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

11. Fecha en que tuvo el primer síntoma: Día _____ Mes _____ Año _____		<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Embarazo (FUM)		
12. DIAGNOSTICO (FAVOR UTILICE COD.)				CODIGO
13. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SERVICIO MEDICO SUMINISTRADO				
Fecha	Lugar (Cod.)*	Describe el procedimiento quirúrgico o servicio médico	Código	Cargo
			Total	
*Código de lugar de Servicio: (PH) Paciente Hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (O) Oficina (H) Hogar (OL) Otro Lugar (U) Urgencias				
14. Indique los exámenes de Laboratorio o Rayor X que Ud. ordenó:				
15. ¿Cuándo atendió al paciente por primera vez? Día _____ Mes _____ Año _____		Diagnóstico:	16. Nombre del Médico que lo refirió:	
Certifico que atendí al paciente arriba indicado y que las declaraciones que he hecho corresponden a los servicios que he prestado.				
Nombre del médico tratante		Firma del médico tratante	Fecha	
Nombre o razón social			Céd. o Ruc	Tel. Clínica