



Compañía de Seguros, S.A.

Apartado 0816-01622 Panamá, República de Panamá
Teléfono (507) 300-ASSA, (300-2772) Ext. 2410 - 2411
Fax (507) 300-2733

Notificación de Reclamos

Salud o Accidentes Personales

Declaración del Asegurado (Favor llenar en letra imprenta)

Estimado asegurado, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes.

Póliza No. / Unidad	Teléfono				Celular				Corredor

Contratante (sólo si es Póliza Colectiva)	
	Dirección de correo electrónico

Nombre del Asegurado			
1 ^{er} Nombre	2 ^o Nombre	Apellido	Apellido casada

Nombre del Reclamante (paciente)			
1 ^{er} Nombre	2 ^o Nombre	Apellido	Apellido casada

Fecha de nacimiento			Cédula
día	mes	año	

Observaciones del reclamo:

¿Tiene usted otra póliza que cubra estos gastos?

Si No

Cía. de Seguros

Su relación obedece a:

Reclamo presentado por primera vez

Si No

Medicamento de uso prolongado

Si No

Laboratorios de seguimiento de tratamiento inicial

Si No

Rayos X de seguimiento de tratamiento inicial

Si No

Otros

Si No

No. de Póliza

Espacio para ser completado solamente para reclamos por Accidentes Personales

Fecha del Accidente

Hora

día	mes	año
-----	-----	-----

En caso de accidente de tránsito: ¿Hubo parte policivo? Si No En caso afirmativo favor adjuntar a este formulario el parte policivo.

Indique el diagnóstico, los síntomas o lesiones por los cuales está haciendo el reclamo:

Favor incluir los siguientes documentos: recibos originales con detalle y copia de la cédula del reclamante. En caso de desmembramiento, favor presentar los Rayos X del miembro afectado.

"Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación

a **Asa Compañía de Seguros, S.A.**"

Firma del Asegurado o Representante Legal

Fecha _____ día _____ mes _____ año _____

Estimado doctor, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes.

Declaración del médico

Nombre del paciente Patient's Name				Fecha de nacimiento Date:			Edad Age	Sexo Sex
1er. Nombre/1 st .Name	2º Nombre/2 nd . Name	Apellido/Last Name	Apellido de casada	día/day	mes/month	año/year		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Diagnóstico	ICD
Diagnosis	ICD

¿Cuándo se iniciaron los síntomas de esta condición?
When did the symptoms of this condition begin?

día day	mes month	año year
------------	--------------	-------------

Si lo hay, indique el nombre del(los) médico(s) que ha tratado al paciente por alguna(s) condición(es) relacionada(s) a ésta
Name of the doctor(s) who has treated the patient for any related condition

Exámenes de laboratorio o rayos X que se ordenaron
Laboratories or X-rays that were ordered

Descripción de Servicios
Description of Services

Código Procedimiento CPT Code	Descripción Description	Fecha de atención			Costo Cost	Lugar Place
		día/day	mes/month	año/year		

Observaciones/Prognosis
Notes

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mí corresponden a los servicios que he prestado.
I certify that I am the attending physician and that my statements correspond to the services rendered.

Dr. _____

Nombre y Sello
Name & Print

Firma del Médico
Physician's Signature

Cédula o RUC y Registro
I.D Number

Dirección/Teléfono
Address/Telephone

E-mail