



Blue Cross and Blue Shield of Panama

FORMULARIO DE RECLAMOS DE SALUD

Por favor llene este formulario en LETRA IMPRENTA. En caso de no estar completo no será procesado.

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO Y PACIENTE

1. NUMERO DE POLIZA		2. NUMERO DE CERTIFICADO		3. NOMBRE DEL CONTRATANTE													
4. NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO PRINCIPAL Apellidos / Nombre				5. CEDULA DEL ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO								
						DD	MM	AÑO	Años	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							
6. NOMBRE DEL PACIENTE QUE SE ATENDIO Apellidos / Nombre				7. CEDULA DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO								
						DD	MM	AÑO	Años	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							
8. CONDICION DEL PACIENTE		Soltero <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/>		9. RELACION DEL PACIENTE				10. LUGARES DE EMPLEO - UNIVERSIDAD							
Casado <input type="checkbox"/>		Tiempo Completo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Asegurado/a								<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Hijos		<input type="checkbox"/> Otros	
Empleado <input type="checkbox"/>		Tiempo Parcial <input type="checkbox"/>															
11. TELEFONO DE OFICINA O CASA			12. E-MAIL:			13. DIRECCION DEL PACIENTE			14. PAIS O LUGAR DE ATENCION								

15. TIENE SEGURO EN OTRA COMPAÑIA: SI NO Si su respuesta es Sí, indique el nombre de la compañía: _____
 No. de póliza: _____ A nombre de quién: _____ Fecha Efectiva: Día _____ Mes _____ Año _____

16. RECLAMO A CAUSA DE ACCIDENTE:
 ¿Cuándo ocurrió? Día _____ Mes _____ Año _____ ¿Dónde ocurrió? _____
 ¿Cómo ocurrió? _____

17. EN CASO DE ACCIDENTE DE AUTO, si el responsable es un tercero indique:
 Nombre del Responsable: _____ Teléfono: _____ Cia. Aseguradora: _____

18. RECLAMO A CAUSA DE ENFERMEDAD. Describa la Enfermedad: _____ Fecha de Primeros Síntomas: DD MM AÑO

19. ¿ Ha recibido anteriormente tratamiento por esta enfermedad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta? SI NO Fecha de Primera Visita: DD MM AÑO
 NOMBRE DEL PRIMER MEDICO CONSULTADO: _____ CLINICA: _____
 NOMBRE DE OTROS MEDICOS QUE LO ASISTEN EN ESTA ENFERMEDAD: _____ CLINICA: _____

20. ¿ Estuvo hospitalizado por esta enfermedad ? SI NO En caso afirmativo indique nombre del Hospital: _____
 Fecha de Hospitalización: Hasta: Día _____ Mes _____ Año _____ Hasta: Día _____ Mes _____ Año _____

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Autorizo por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico y otra facilidad médica o medicamento relacionada que posee licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, o de mi cónyuge, o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero, a dar dicha información a la Compañía Internacional de Seguros, S.A. y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que tengan en su poder, para lo cual los relevo de toda responsabilidad penal, civil o administrativa, en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias en cumplimiento con lo establecido en la Ley que regula los derechos y obligaciones del paciente. Una copia fotostática de autorización será tan válida como la original. Adicionalmente por este medio autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico.

Firma del Paciente o Persona Autorizada a Firmar

Cédula

Fecha



Suscrito y Administrado por Cia. Internacional de Seguros, Licenciatario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama



Blue Cross and Blue Shield of Panama

Suscrito y Administrado por Cia. Internacional de Seguros, S.A. Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.

COMPROBANTE DE RECIBO PARA ASEGURADO O PROVEEDOR

Sírvanse completar la información al reverso de este comprobante.
 Para hacer consultas sobre el estado de su reclamo pueden comunicarse a los siguientes departamentos:

Depto. de Atención al Cliente - Teléfonos: 206-4201 ó 206-4255
 Depto. de Atención a Proveedores - Teléfono: 206-4253

Estamos para servirles.



