

Formulario de Reclamación Gastos Médicos



Empresa/Tomador con quien tiene la Póliza: _____

Nombre Asegurado Titular de la Póliza: _____

Correo Electrónico: _____ N° Teléfono: _____

Nombre Asegurado que recibe el servicio: _____ N° Identificación: _____ Edad: _____

Nombre del Médico Tratante: _____ N° Teléfono: _____

SECCION I: Para ser completado por el Asegurado Principal o Reclamante

Tipo de padecimiento: Accidente Enfermedad Embarazo Otro Fecha de Inicio de padecimiento: _____

Describe síntomas/evento: _____

Servicio Reclamado: Medicamentos Consulta Médica Laboratorios Procedimiento/Cirugía
Imágenes Estudios Especiales Chequeo Otro: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verdícas y exactas, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a la Compañía de Seguros que ampara la presente póliza, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos y resultados de exámenes pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma y a su completa satisfacción.

Fecha: _____ Firma Asegurado: _____

Recuerde adjuntar las facturas de todos los servicios recibidos, además de estados de cuenta desglosados de los gastos de Hospital, honorarios médicos (cirujano, anestesista, asistente, otros), órdenes de solicitudes de estudios con sus respectivos reportes o resultados (laboratorios, imágenes, otros) y recetas de medicamentos prescritos por su Médico Tratante.

SECCION II: Para ser completado por el Médico Tratante o Proveedor

Nombre del Asegurado: _____ Edad: _____

Tipo de padecimiento: Accidente Enfermedad Embarazo Otro Fecha de Inicio de padecimiento: _____

Diagnóstico/Impresión Diagnóstica/Síntomas (Detalle):

EN CASO DE ACCIDENTE

Describe Mecanismo: _____

EN CASO DE MATERNIDAD

FUR: _____ Semanas de Gestación: _____ Fecha Parto/Aborto: _____

EN CASO DE BENEFICIO OPTICO: (Aplica si la póliza tiene contratado el beneficio y bajo las condiciones estipuladas en el contrato de seguro)

Diagnóstico: _____ Graduación Lentes: OD _____ OI _____

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 original. Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico.

Firma y Código Médico: _____ Sello: _____ Fecha: _____

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsará los honorarios médicos cobrados, basado en 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.