

SECCIÓN A - PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGUROADO TITULAR

Datos del Paciente: Asegurado Titular Cónyuge Hijo(a) Sexo: M F Edad _____

Nombre Completo del Paciente: _____

Estado Civil _____ Ocupación _____ Fecha de nacimiento DÍA 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.

Fecha DÍA MES AÑO

FIRMA DEL ASEGUROADO TITULAR

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 DÍA MES AÑO

Nombre del Dependiente: _____ Fecha de Vigencia DÍA MES AÑO

Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo Sí No

Nombre de quien autoriza: _____ Cargo _____

Fecha DÍA MES AÑO

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA

SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE

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 DÍA 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, haga descripción de la misma e indique en que hospital _____

Quedará el paciente con algún impedimento o secuela de la incapacidad reportada Sí No

Tiempo de incapacidad _____

¿Cuándo estima que el paciente quedará curado? _____

Nombre del Médico Tratante u Odontólogo _____

Especialidad _____ Colegiado _____

Dirección _____ Teléfono _____

Fecha DÍA MES AÑO

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

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 Anestesista _____ Otros _____

Observaciones: _____

Exámenes Especiales, Radiología, LaboratoriosCistouretroscopia Colonoscopia Electrocardiograma Electroencefalograma Electromiograma Gastroskopía Mamografía Prueba de Esfuerzo Resonancia Magnética Tomografía Ultrasonido Otros (Especifique)

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		
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	J							DEDUCIBLES		
			O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	BALANCE		
			O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	BENEFICIOS %		
			T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K							PAGO TOTAL		
			32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17			

Fecha _____

DÍA _____ MES _____ AÑO _____

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO