

Nombre del producto: \_\_\_\_\_

Póliza N°.

Reclamo N°.

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Directo: \_\_\_\_\_

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

N°. Identificación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección exacta o Apartado Postal: \_\_\_\_\_

Cuenta Cliente del Asegurado Directo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Yo \_\_\_\_\_ documento de identidad N° \_\_\_\_\_,

autorizo para que los montos resultantes de la indemnización de los gastos médicos presentados, sean depositados en la cuenta cliente

N° \_\_\_\_\_, Moneda \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_,

la cual se encuentra a nombre de \_\_\_\_\_ con documento de identidad \_\_\_\_\_.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

N°. Identificación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ Género: Masculino ☐ Femenino ☐

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: ☐ Cónyuge ☐ Mi persona ☐ Hijo (a)

Compañía en la que labora o Centro de Estudios: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? ☐ SI ☐ NO

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ N° de póliza \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

El reclamo fue a consecuencia de: ☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE ☐ MATERNIDAD ☐ OTROS

Naturaleza de la dolencia o enfermedad (detalle los síntomas, si se debió a accidente, dónde, por qué y cómo pasó) Consecuencias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Primeros síntomas manifestados de la enfermedad o accidente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Se debió esta dolencia a la ocupación del paciente?: ☐ SI ☐ NO

Indique nombre y teléfono de los testigos que presenciaron el accidente: \_\_\_\_\_

Si estuvo hospitalizado indique el nombre del hospital y días que estuvo recluso: \_\_\_\_\_

Nombre y domicilio del médico (s) que le prestó (aron) los primeros auxilios. Indique si es médico habitual del Asegurado. En caso de enfermedad indique el nombre del médico que lo atiende: \_\_\_\_\_

NOMBRE	DIRECCIÓN	Primera fecha consulta		
		día	mes	año

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los doctores u otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo al INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS). Asimismo autorizo a los funcionarios que el I.N.S designe, para consultar y recopilar toda la información contenida en mis expedientes en cualquier otro centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Nombre y cédula del reclamante

Firma

Fecha

# DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO DE CABECERA

PARTE B

(Llenarla a máquina o con letra imprenta)

Nombre del Paciente:

Edad:

Descripción clínica (síntomas y signos) y evolución de los mismos. Para casos de accidente detalle el mecanismo de trauma (descripción del evento).

Diagnóstico (s) etiológico (s) final (es).

Fecha de Evolución

Relacione cada una de sus indicaciones (exámenes, medicamentos, etc.) con el o los diagnósticos.

¿Cuándo le consultó el paciente por primera vez sobre esta condición?

¿Ha sufrido el paciente de esta enfermedad anteriormente? ¿Cuándo?

¿Qué relación tiene este diagnóstico con otros padecimientos del asegurado?

¿Desde cuándo ha tratado al asegurado como paciente? ¿Sobre cuál diagnóstico?

Describa detalladamente la clase de tratamiento, procedimiento o cirugía practicada.

Costo detallado de cada procedimiento: ¿Con hospitalización? SI ☐ NO ☐

Consulta médica \_\_\_\_\_

Procedimiento \_\_\_\_\_

Costo del procedimiento \_\_\_\_\_

Procedimiento \_\_\_\_\_

Costo del procedimiento \_\_\_\_\_

Procedimiento \_\_\_\_\_

Costo del procedimiento \_\_\_\_\_

Cirugía \_\_\_\_\_

Costo de la cirugía \_\_\_\_\_

Fecha y lugar donde fue realizada:

Explique qué otra intervención quirúrgica se anticipa más adelante. ¿Por qué?

¿Esta todavía el paciente a su cuidado por este diagnóstico? (Si fue dado de alta, indique la fecha)

SI ☐ NO ☐

Fecha del alta: \_\_\_\_\_

Fecha

Nombre del médico, teléfono y dirección completa

Firma del médico

Nota: Si el espacio no es suficiente, puede adjuntar hoja adicional para detallar, la misma debe estar claramente identificada con el nombre del paciente y firmada y sellada por el médico.

Favor entregar al asegurado, los informes de los estudios realizados a su paciente, para que aporte las fotocopias de los mismos.

**Sólo** los seguros del INS tienen la garantía del Estado.