



FORMULARIO DE RECLAMACION DE SALUD

Favor contestar cada pregunta detalladamente:

Sección A: Información para ser completada por asegurado									
INFORMACION SOBRE EL ASEGURADO TITULAR DE LA POLIZA:									
Nombre		1 <sup>er</sup> Apellido			2 <sup>o</sup> Apellido				
2. Número y tipo de póliza		Nº póliza :		Tipo póliza :		<input type="checkbox"/> Individual		<input type="checkbox"/> Colectiva	
3. Dirección:									
Nº Identificación		Teléfono			Correo Electrónico				
4. CUENTA CLIENTE DEL ASEGURADO TITULAR DE LA POLIZA (Únicamente cuenta en Dólares)									
5. Tipo de cuenta:		<input type="checkbox"/> Ahorros			<input type="checkbox"/> Corriente				
INFORMACION DEL RECLAMANTE O PACIENTE:									
Nombre		1 <sup>er</sup> Apellido			2 <sup>o</sup> Apellido				
6. Datos del reclamante:		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")							
		<input type="checkbox"/> Cédula de identidad		<input type="checkbox"/> Cédula de residencia		<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> Otro	
Nº Identificación		Teléfono			Correo Electrónico				
7. Relación o parentesco con el Asegurado Titular:									
<input type="checkbox"/> Mi persona		<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Hijo (a) soltero (a) o dependiente		<input type="checkbox"/> Otro. Favor indicar cuál:			
8. Fecha de nacimiento del reclamante:		Día:		Mes:		Año:			
9. Indicar otras pólizas que posea el reclamante, colectivas o individuales, nombre de la compañía de seguros y Nº de póliza:									
10. Recibió tratamiento o atención por algún otro seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. (Si la respuesta es positiva, explicar ¿en qué consistió la atención y qué beneficios recibió?)									
11. ¿Pre-notificó esta reclamación?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		12. ¿En qué fecha?		Día:		Mes: Año:	
12. ¿Por medio o a través de quién pre-notificó?									
Espacio para ser llenado en caso de accidente:									
13. Fecha del accidente :		Día:		Mes:		Año:		Hora:	
Descripción del accidente (cómo sucedió y dónde)									
Espacio para ser llenado en caso de enfermedad:									
14. ¿En qué fecha se manifestaron los primeros síntomas?		Día:		Mes:		Año:			
15. Describa la dolencia o enfermedad:									
16. ¿Ha recibido tratamiento por esta enfermedad anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso afirmativo, favor indicar fecha, si estuvo hospitalizado, días de estancia, tipo de tratamiento o cirugía.									
17. Nombre del Médico tratante del reclamante:									
18. Dirección del Médico tratante:									
Autorizo por la presente a cualquier médico, hospital, clínica, persona física o jurídica, institución pública o privada, compañía de seguros, Bureau de Información Médica que tenga cualquier información de mi persona o de mi salud a brindársela a BlueCross BlueShield, Sucursal en Costa Rica, incluyendo la transcripción, reproducción digital o fotocopiado de mis expedientes clínicos y/o administrativos completos. Esta autorización incluye tratamientos por enfermedad mental y/o uso de drogas y alcohol.									
Firma del reclamante		L u g a r			Fecha de consulta				
					Día		Mes		Año



Sección B: Información para ser completada por el Médico tratante:							
1. Nombre completo del paciente:							
Nombre		1er apellido	2º apellido				
2. La atención se brinda por: Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/>							
3. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o accidente:							
4. Indique la fecha de ocurrencia de la emergencia o accidente o de los primeros síntomas de la enfermedad:							
5. ¿En qué fecha atendió al paciente por primera vez, por esta condición, lesión o enfermedad?							
6. ¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición, lesión o enfermedad o alguna condición, lesión o enfermedad relacionada? En caso afirmativo favor indicar detalles.							
7. Nombre y dirección del centro médico donde el paciente fue atendido con anterioridad:							
8. Describa los procedimientos y servicios brindados:							
Fecha	Lugar en que se efectuó	Describir los procedimientos, servicios, exámenes etc., realizados en cada fecha, indicar el código de Procedimientos Médico-Quirúrgicos (CPT)	Código CPT	Cargos (Costos)			
Nombre del Médico tratante:		Nº de registro médico:					
Nº identificación		Dirección		Teléfonos			
A mi entender estas declaraciones son completas y verdaderas							
Firma del Médico tratante		Sello del Médico		Lugar y fecha:			
				Lugar:			
				Fecha:	Día	Mes	Año

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los Registros números: P16-35-A11-319 Seguro Humanus de Gastos Médicos Internacional, P16-35-A11-320 Seguro Dominus de Gastos Médicos Internacional, P16-35-A11-321 Seguro Regius de Gastos Médicos Internacional, P16-35-A11-322 Seguro Sanitas de Gastos Médicos Internacional con fecha 08 de marzo de 2012, P20-64-A11-605 Dominus Plus Gastos Médicos Internacional con fecha 29 de enero de 2015, P-20-64-A11-378 Seguro de Gastos Médicos Colectivo Regional/Internacional del 23 de agosto del 2012, P20-64-A11-426, Seguro Colectivo de Gastos médicos Internacional-Plan Grupo Joven.