



SECCIÓN A - PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO 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, según mi leal saber y entender, y autorizó 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.

Firma del Asegurado Titular

Fecha

DÍA MES AÑO

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:

Firma de la persona autorizada

Sello de la empresa contratante

Fecha

DÍA MES AÑO

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:

Firma del médico tratante u odontólogo

Sello del médico tratante u odontólogo

Fecha

DÍA MES AÑO



Codo reclamo de consulta y/o procedimiento en clínica | Pago Directo

No.

COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE / ASEGURADO / EMPRESA

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

Nombre completo del paciente: Póliza: Certificado:

Diagnóstico completo:

Procedimiento efectuado:

Fechas de consulta:

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 Anestesta

Otros

Observaciones:

Exámenes Especiales, Radiología, Laboratorios

Nombre del Proveedor Afiliado

Cistouretroscopia

Colonoscopia

Electrocardiograma

Electroencefalograma

Electromiograma

Gastroscopia

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

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO