

**SEGURO CORPORATIVO DE ASISTENCIA MEDICA
FORMULARIO DE RECLAMACION**

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.

SECCION A - Debe ser completada por el Empleado

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por mi ,por mi <input type="checkbox"/> esposo (a) <input type="checkbox"/> por mi hijo (a) <input type="checkbox"/>		6. En caso de enfermedad ¿Cuándo comenzó? _____ DIA MES AÑO		
1. Nombre del Paciente _____ _____		7. Nombre y dirección del primer médico consultado. _____ _____		
2. Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		8. Dar la fecha de la primera visita _____ DIA MES AÑO		
3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		9. Dar nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad. _____ _____		
4. Indique índole de la dolencia _____ _____		10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique: Nombre del Hospital _____ Fecha de Admisión _____ DIA MES AÑO		
5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? _____ A las _____ DIA MES AÑO ¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____				
<p>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 que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.</p> <p>Nombre del Empleado _____</p> <p>Fecha _____ DIA MES AÑO</p> <p>Firma del Empleado _____</p>				

SECCION B - Debe ser completada por el Empleador

1. ¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? SI NO ¿Qué cargo desempeñaba?

2. ¿La lesión o enfermedad del empleado del familiar dependiente por la cual se presenta esta reclamación, resultó en su ocupación remunerada con sueldo o ganancia o durante su empleo? SI NO

3. ¿Recomienda que se pague este reclamo? SI NO

OBSERVACIONES: _____

4. La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Enrolamiento

Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina) _____ Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A

Nombre del Dependiente (si corresponde) _____ Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A

Nº del Grupo _____ Nº del Certificado _____ Clase _____

Nombre del Tenedor de la Póliza, Empleador, etc. _____ Fecha en que se completa esta sección D/M/A

Confitco®
Firma Autorizada _____
SELLO DE LA EMPRESA ASEGURADA _____

Cargo _____

FORM 2548 REV 7/91

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N° 91-171-S de Julio 8 de 1991

FORMULARIO DE RECLAMACION - HOJA 2

SECCION C - Debe ser completada por el Médico Tratante

1. Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

2. Dar su diagnóstico completo _____

3. ¿Se debe su condición a embarazo? SI NO

En caso afirmativo, de la fecha aproximada en que se inició el embarazo _____
 DIA _____ MES _____ AÑO _____

4. Si se practicó Cirugía, describa la operación _____

5. ¿En qué Hospital o Clínica se practicó la Cirugía? _____

Fecha _____
 DIA _____ MES _____ AÑO _____

6. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:

En el Hospital: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u

En la Casa: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u

En el Consultorio: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u

7. ¿Ordenó usted la hospitalización? SI NO En caso negativo, indique el nombre del médico que la ordenó _____

8. Indique: Fecha de Admisión: _____ Fecha de Salida: _____
 DIA _____ MES _____ AÑO _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

9. Segundo su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de esta condición? _____
 DIA _____ MES _____ AÑO _____

10. ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado por esta condición debido a la misma causa? SI NO

En caso afirmativo indique

Nombre del Hospital _____ Fecha de Hospitalización _____
 DIA _____ MES _____ AÑO _____

Diagnóstico _____

Nombre del Hospital _____ Fecha de Hospitalización _____
 DIA _____ MES _____ AÑO _____

Diagnóstico _____

11. Segundo su opinión, ¿Fue causada la incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación? SI NO

En caso afirmativo, explique detalladamente: _____

12. ¿Ha sido la enfermedad bastante seria para impedir que el paciente trabaje? _____

Nombre del Médico _____ Firma del Médico _____

Sello del Médico _____ Fecha _____
 DIA _____ MES _____ AÑO _____

OBSERVACIONES: _____