

0FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE LIQUIDACIÓN CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE
CUALQUIER INFORMACIÓN FRAUDULENTO PRIVADA AL AFILIADO EL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN



TIPO DEL CONTRATO

INDIVIDUAL

CORPORATIVO

A: PARA SER LLENADO POR EL AFILIADO

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR

FECHA DE NACIMIENTO

CEDULA #-

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

CEDULA #-

EL RECLAMO ES A CAUSA DE

ENFERMEDAD

ACCIDENTE

EN CASO DE ENFERMEDAD INDIQUE LOS SÍNTOMAS

EN CASO DE ACCIDENTE INDICAR LO SIGUIENTE:

FECHA DE OCURRENCIA:

DONDE OCURRIÓ:

COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:

A LAS

¿Ha recibido atención médica esta incapacidad o cualquier
otra incapacidad relacionada a esta?

SI

NO

EN QUE FECHA

FECHA DE CONSULTA

NOMBRE DEL MÉDICO O MÉDICOS QUE HA CONSULTADO

DETALLE DEL RECLAMO

Consulta:

Medicinas:

Laboratorio:

Rayos X:

Tratamientos:

Otros Rubros

Total:

Por este medio certifico que todas las respuestas aquí dadas son correctas y verdaderas a mi conocimiento y por este medio autorizo a los doctores o
instituciones para que proporcionen la información requerida por Privilegio

FECHA

FIRMA:

C.I.

B: PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE:

NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO ESPECIFICO DE LA ENFERMEDAD

¿CUANDO INICIO LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD?

DÍA:

MES:

AÑO:

EN CASO DE OBSERVACIONES FAVOR INDICAR.

EN CASO DE CIRUGÍA, INDIQUE EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (S)

¿SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE O CONGÉNITA?

SI

NO

FECHA DE INICIO

SE DEBE SU CONDICIÓN A EMBARAZO

SI

NO

FECHA APROXIMADA DE INICIO DEL EMBARAZO

AÑO:

MES:

DÍA:

SE HA HECHO TRATAR EL PACIENTE ANTES POR ESTA CONDICIÓN

SI

NO

INDIQUE LA FECHA

DÍA:

MES:

AÑO:

INDIQUE LAS FECHAS DE CADA CONSULTA Y EL VALOR POR CONSULTA

FECHA:

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

SELLO Y CÓDIGO DEL MÉDICO TRATANTE

C: PARA SER LLENADO POR LA PERSONA AUTORIZADA POR EL CONTRATANTE:

NOMBRE DE LA EMPRESA

FECHA Y CIUDAD

FIRMA AUTORIZANDO EL RECLAMO

CARGO