

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, los datos de este formulario deben ser llenados de manera correcta.

DATOS A SER LLENADOS POR EL TITULAR

Nombres y Apellidos del **Titular**: _____ No. Rol _____

Nombres y Apellidos del **Paciente**: _____ Parentesco: _____ Edad: _____

Fecha de Incidencia: Día _____ Mes _____ Año _____

En caso de Accidente: Fecha de Ocurrencia: Día _____ Mes _____ Año _____

Explique como ocurrió el accidente: _____

Nº de facturas adjuntas:

Por este medio certifico que la información proporcionada en el presente formulario es verdadera, además autorizo a los profesionales e instituciones que me prestarán atención médica a proporcionar toda la información requerida por el AUTOSEGURO DE SALUD FAMILIAR.

Nota; Todos los documentos adjuntos que evidencien alteraciones o se encuentren en mal estado no serán considerados para su reclamo y serán devueltos.

Firma del Titular: _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS A SER LLENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE O CIRUJANO

Nombre del Paciente: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Edad: _____ años

Diagnóstico Específico: _____

Tratamiento (Detallar): _____

En caso de haber cirugía, indique el nombre del procedimiento: _____

Observaciones: _____

Nombre del Médico tratante: _____

Teléfono: _____

Firma y Sello del Médico Tratante

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

OBSERVACIONES MÉDICO AUDITOR

Firma del Médico Auditor: _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____