

### 1. PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre de la Empresa para la cual labora el asegurado principal: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Por este medio solicito el pago de los gastos medicos incurridos por: MI ☐ ESPOSA (O) ☐ HIJO (A) ☐

Nombre completo del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

#### En Caso de Accidente:

Indique cuando ocurrió: \_\_\_\_\_ Donde ocurrió: \_\_\_\_\_

Como ocurrió (practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehiculos, riñas, etc): \_\_\_\_\_

#### En caso de Enfermedad:

Describe los síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha en que dio inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera consulta: \_\_\_\_\_

Han incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:

Si: ☐ No: ☐ CUANDO: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo favor indicar el nombre, dirección, y teléfono del tratante y de todos los médicos que lo asistieron por esta enfermedad: \_\_\_\_\_

#### En caso de Maternidad:

Fecha de Inicio del Embarazo: \_\_\_\_\_

Fecha del Parto o Aborto: \_\_\_\_\_

#### EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

Nombre, dirección y teléfono del primer consultado y de otros medicos que prestaron sus servicios: \_\_\_\_\_

TIENE SEGURO EN OTRA COMPAÑÍA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa favor indicar el nombre y numero de póliza: \_\_\_\_\_

**Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son veridicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los medicos y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a la compañía de seguros que ampara la presente póliza, cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X, pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidacion de este reclamo, hasta la obtencion de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfaccion.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**NO OLVIDE ADJUNTAR LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE HOSPITAL, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANOS, ANESTESIA, RADIOLOGO, LABORATORISTA, RESULTADOS DE LABORATORIO, MEDICINAS, RECETAS Y RX)**

### 2. PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

¿ Trabaja el Empleado cuando comenzó la incapacidad?

Si ☐ No ☐

¿ Se ha reclamado anteriormente por ésta incapacidad?

Si ☐ No ☐

¿Recomienda que se pague esta incapacidad?

Si ☐ No ☐

Nombre del Asegurado (Favor escribirlo a máquina): \_\_\_\_\_

FECHA EFECTIVA DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DEPENDIENTE (si la reclamacion es por este:)

FECHA EFECTIVA DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

POLIZA No.:

CERTIFICADO:

CATEGORIA O CLASE

FECHA:

EMPRESA CONTRATANTE Y SELLO:

FIRMA AUTORIZADA:

CARGO:

**3. PARA SE COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE**

Favor completar todas y cada una de las preguntas con el mismo tipo de letra

1. Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

2. Fecha de primera consulta por esta incapacidad: \_\_\_\_\_

3. De su diagnostico completo: \_\_\_\_\_

4. Según su opinion cuando se originó la causa de esta enfermedad o lesion: \_\_\_\_\_

5. Fecha inicial del tratamiento: \_\_\_\_\_

6. Ordenó usted hospitalización: Si ( ) No ( ) En caso de negativo nombre del medico que la ordeno: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

7. Si el paciente fue retenido por otro médico o hay otro medico involucrado favor citar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**PARA SU COMODIDAD FAVOR COMPLETAR UNICAMENTE LA SECCION QUE  
CORRESPONDE AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO****TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Número de visitas en Clínica: \_\_\_\_\_ Valor por visita: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Numero de visitas a Domicilio: \_\_\_\_\_ Valor por visita: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO HOSPITALARIO**

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_

Si no hay cirugía. Describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones: \_\_\_\_\_

Número de visitas dentro del hospital: \_\_\_\_\_ Valor por visita: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

(Solo para casos en los que no hay cirugía involucrada) Honorarios por Tratamiento: \_\_\_\_\_

Si hay cirugía. Indique el nombre del o los procedimientos realizados:

Número de código RVS \_\_\_\_\_

Número de código RVS \_\_\_\_\_

Honorarios por procedimiento quirurgico: \_\_\_\_\_

**MATERNIDAD**

Si el reclamo es por la maternidad indique:

Fecha aproximada de fecundacion: \_\_\_\_\_ Fecha de Parto o Aborto: \_\_\_\_\_

Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nota: Como Médico tratante autorizo a los hospitales y a otras instituciones a que otorguen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los informes que se refieran a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso revelo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago costar que una copia de esta autorización tienen el valor original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico.

Nombre y Sello del Médico: \_\_\_\_\_ Colegiado No.: \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.

Fecha:

Tomador

ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA), S.A.