

FORMULARIO DE RECLAMO

I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Nombre del Asegurado Principal (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Número de Póliza #

Celular

Correo electrónico

II- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Fecha de Nacimiento
Mes/Día/Año

Sexo

☐ M
☐ F

Relación con el Asegurado Principal ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

III- DETALLES DEL DIAGNÓSTICO, LESIONES O ACCIDENTES:

Está relacionada esta condición con un accidente?

☐ Si ☐ No

Si la respuesta es "SI", fue la lesión causada por el acto u omisión de una persona diferente al paciente? ☐ Si ☐ No

Diagnóstico, naturaleza de la lesión o enfermedad:

Fecha de la lesión o enfermedad

Fecha de la primera consulta médica con referencia a esta condición o accidente

Síntomas similares ocurridos previamente? ☐ Si ☐ No Si la respuesta es "SI", cuando?

IV- PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON UNA HOSPITALIZACIÓN:

Nombre del Hospital

Periodo de hospitalización.

Desde

Hasta

V- INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS:

En conexión con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ha usted sometido o someterá reclamos, contra otra póliza de seguros médicos? Si la respuesta es "SI", por favor proporcione:

☐ Si ☐ No

Nombre de la Compañía

Número de Póliza

VI- MÉTODO DE REEMBOLSO:

☐ Cheque ☐ Transferencia bancaria a un banco en los Estados Unidos ☐ Transferencia bancaria a un banco fuera de los Estados Unidos

*Suscrito por Pan-American Life Insurance Company (PALIC) New Orleans, LA, U.S.A., y administrado por Pan-American Private Client de Coral Gables, FL, U.S.A.

VII- DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE:

Nombre del médico tratante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Número de licencia o registración

--	--

Dirección del médico tratante

Dirección

--

Ciudad

Estado

Código postal

--	--	--

Teléfono

Correo electrónico

--	--

Fecha de consulta

Firma del médico tratante

--	--

Certifico que la información declarada en las secciones VII y VIII las he completado a mi mejor entendimiento y de manera correcta.

VIII- TRATAMIENTO INDICADO:

Fecha de servicio	Médico o proveedor	Descripción servicios médicos proporcionados	Moneda	Cantidad
Total				
Cantidad cubierta por el asegurado				
Cantidad cubierta por otro seguro				
Balance pendiente al hospital, clínica, médico, etc				

IX- AUTORIZACIÓN Y FIRMAS:

Certifico que la información declarada en este formulario la he completado a mi mejor entendimiento y de manera correcta. Al presentar el original o fotocopia de esta autorización firmada, por este medio yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, institución de cuidados médicos, servicios de seguro, farmacia, agencia gubernamental de salud, compañía de seguros, empleador o asegurado principal de grupo, administrador del plan de beneficio del empleador, y/o compañía de control de calidad para proporcionar cualquier y toda información médica, pasada o presente, relacionada con mi persona o mis dependientes. Yo entiendo que la información autorizada para ser proporcionada en este documento será utilizada por PALIC para evaluar un reclamo de beneficios médicos. Cualquier información médica obtenida en el asesoramiento de este reclamo puede ser proporcionada a cualquier persona o organización PALIC considere necesario.

Firma del Asegurado Principal

Firma del paciente (si no es el Asegurado Principal y si es mayor de edad)

--	--

Fecha

Fecha

--	--