

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS



INFORMACIÓN PARA SE COMPLETADA POR EL ASEGURADO:

1. N° DE PÓLIZA CERT.	NOMBRE DE GRUPO:	2. NOMBRE DEL ASEGURADO (DUEÑO DE PÓLIZA)	FECHA NAC (DUEÑO DE PÓLIZA)	3. CÉDULA
4. TELÉFONO:	5. NOMBRE DEL PACIENTE:	6. FECHA NAC DEL PACIENTE: DÍA _____ MES _____ AÑO _____		7. SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
9. FAVOR DETALLE EL TOTAL DE GASTOS QUE USTED ESTÁ PRESENTANDO:		10. EN CASO DE ACCIDENTE, EXPLIQUE:		11. SI POSEE USTED OTRO SEGURO QUE PUDIERA CUBRIR PARTE DE LOS GASTOS, INDIQUE:
Consulta	₡ _____	Donde:	TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> AUTO <input type="checkbox"/> ACCIDENTES PERSONALES	
Medicamentos	₡ _____	Cuando:	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA:	
Laboratorio	₡ _____	Como sucedió:		
Rayos X	₡ _____	Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo a las provisiones de la póliza. Asimismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo.		
Cirugía	₡ _____			
Exámenes Especiales	₡ _____	FIRMA: _____	FECHA: _____	
Otros	₡ _____	AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDICO Y/O HOSPITAL		
Total	₡ _____	Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/o hospital por los servicios prestados.		
		FIRMA: _____	FECHA: _____	

INFORMACIÓN PARA SE COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE:

12. Fecha en que tuvo el primer síntoma: DÍA _____ MES _____ AÑO _____	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/> ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> EMBARAZO (FUM)	
13. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE CÓD.)			CÓDIGO	
14. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SERVICIO MÉDICO SUMINISTRADO				
FECHA	LUGAR (COD)*	DESCRIBA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O SERVICIO MÉDICO	CÓDIGO	CARGO
*Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (O) Oficina (H) Hogar (OL) Otro lugar (U) Urgencias				
15. INDIQUE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO O RAYOS X QUE USTED ORDENÓ:				
16. ¿CUÁNDO ATENDIÓ AL PACIENTE POR PRIMERA VEZ? DÍA _____ MES _____ AÑO _____		DIAGNÓSTICO:	17. NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO REFIRIÓ:	
CERTIFICCO QUE ATENDÍ AL PACIENTE ARRIBA INDICADO Y QUE LAS DECLARACIONES QUE HE HECHO CORRESPONDEN A LOS SERVICIOS QUE HE PRESTADO:				
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE:		FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:	FECHA:	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CÉD. O RUC.	TEL. CLÍNICA