

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:				
Medicamentos	\$	Cuando:			<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> AUTO <input type="checkbox"/> ACCIDENTES PERSONALES				
Laboratorio	\$	Como sucedió:			NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA:				
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.			FIRMA: _____ FECHA: _____			AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDICO Y/O HOSPITAL	
Cirugía	\$								
Exámenes Especiales	\$								
Otros	\$								
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:	
CERTIFICO 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

