

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS



INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO:

1. N° DE PÓLIZA CERT.		2. NOMBRE DEL ASEGURADO (DUEÑO DE PÓLIZA)		3. CÉDULA	
4. TELÉFONO:		5. NOMBRE DEL PACIENTE:		6. FECHA NAC DEL PACIENTE: DÍA _____ MES _____ AÑO _____	
				7. SEXO: ☐ M ☐ F	
8. DATOS TRANSFERENCIA BANCARIA		BANCO:		Cuenta IBAN:	
		MONEDA:		CORREO ELECTRONICO:	
9. FAVOR DETALLE EL TOTAL DE GASTOS QUE USTED ESTÁ PRESENTANDO:		10. EN CASO DE ACCIDENTE, EXPLIQUE:		11. SI POSFUESTE OTRO SEGURO QUE PUDIERA CUBRIR PARTE DE LOS GASTOS, INDIQUE:	
Consulta		Donde:		TIPO DE SEGURO: ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ AUTO ☐ ACCIDENTES PERSONALES	
Medicamentos		Cuando:			
Laboratorio		Como sucedió:		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA:	
Rayos X					
Cirugía		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 con las provisiones de la póliza. Asimismo, autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo.			
Exámenes Especiales		FIRMA:		FECHA:	
Otros		AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDICO Y/O HOSPITAL			
		Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/o hospital por los servicios prestados.			
Total		FIRMA:		FECHA:	

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE:

12. Fecha en que tuvo el primer síntoma:		DÍA _____ MES _____ AÑO _____		☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE ☐ EMBARAZO (FUM)	
13. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILIZAR CÓD.)				CÓDIGO	
14. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SERVICIO MÉDICO SUMINISTRADO					
FECHA	LUGAR (CÓD)*	DESCRIBIR 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. INDICAR LOS EXÁMENES DE LABORATORIO O RAYOS X QUE USTED ORDENÓ:					
16. ¿CUÁNDO ATENDIÓ AL PACIENTE POR PRIMERA VEZ?		DIAGNÓSTICO:		17. NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO REFIRIÓ:	
DÍA _____ MES _____ AÑO _____					
CERTIFICAR QUE ATENDIÓ 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:		C.F. O RUC:		TEL. CLÍNICA	

