



## FORMULARIO DE RECLAMACION DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS

### SECCION I:

#### COMO PRESENTAR UN RECLAMO

- A. Complete el formulario procurando que sus respuestas sean claras.  
B. Su médico tratante deberá completar la sección III. Sírvase indicarle que debe responder todas las preguntas.  
C. Acompañando este reclamo, sírvase adjuntar recetas del doctor, así como los originales de las facturas de los gastos de clínicas de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en el caso (Cirujano, Anestesiista, Ayudante, Radiólogo, Laboratorista), así como radiografías si en caso fueron necesarias, etc.

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Sexo: M ( ) F ( ) Estado Civil: S ( ) C ( )

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

Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_

Día Mes Año

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Sexo: M ( ) F ( ) Estado Civil: S ( ) C ( )

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

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Ha presentado algún reclamo anteriormente? ( ) Si ( ) No En caso afirmativo, indique:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Es su reclamo por ACCIDENTE? ( ) Si ( ) No En caso afirmativo, indique:

Lugar del accidente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Hora: \_\_\_\_\_  A.M.  P.M.

Describe que causó el accidente: (Práctica de deporte, uso de maquinaria, accesorios de trabajo, vehículo, riñas, otros): \_\_\_\_\_

Si es por ENFERMEDAD COMUN, indique

Día Mes Año

Fecha inicial de la enfermedad: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Síntomas: \_\_\_\_\_

¿Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los tres meses anteriores a la fecha indicada en el inciso anterior? ( ) Si ( ) No

¿Esta enfermedad ha sido diagnosticada anteriormente? ( ) Si ( ) No En caso afirmativo indicar el nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

Si es MATERNIDAD, indique:

Día Mes Año

Fecha inicio del embarazo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Fecha del parto o aborto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Si es por CHEQUEO MEDICO, indique:

Día Mes Año

Fecha inicial de la enfermedad: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Causa: \_\_\_\_\_

Si es por OTRAS RAZONES, ( Cirugía , Odontología, etc) Indique:

Día Mes Año

Fecha inicial de la enfermedad: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Causa: \_\_\_\_\_

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS, indique:

Nombre y dirección del primer médico consultado: \_\_\_\_\_

Fecha primera visita: \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas son VERIDICAS Y CABALES, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones que proporcionen a Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales cualquier información incluyendo, copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorios y rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la COMPAÑIA DE SEGUROS efectuará la liquidación de este reclamo al contar con todos los informes necesarios a su completa satisfacción.

### SECCION II: INFORME DEL PATRONO

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_ Guatemala, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Día Mes Año

Póliza No. \_\_\_\_\_ No.de Certificado del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al seguro: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Día Mes Año

¿Es la reclamación debida a la lesión o dolencia contraída durante el empleo? ( ) Si ( ) No

¿Se han reclamado beneficios legales por esta incapacidad? ( ) Si ( ) No ¿Tiene derecho a dichos beneficios? ( ) Si ( ) No

¿Tiene algún tipo de seguro con otra compañía? ( ) Si ( ) No Especifique: \_\_\_\_\_

Nombre, Sello y Firma del Patrono

**SECCION III**  
**ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA EXCLUSIVAMENTE POR SU MEDICO**  
**IMPORTANTE AL MEDICO TRATANTE**

A requerimiento de nuestra AUDITORIA MEDICA solicitamos a usted que esta sección se complete en su totalidad. Para que el reclamo pueda ser debidamente analizado, evitando atrasos o devoluciones por falta de información (PROPORCIONAR DESCRIPCION DETALLADA DE PROCEDIMIENTOS Y COBROS DE HONORARIOS). FAVOR COMPLETAR CADA UNA DE LAS PREGUNTAS CON EL MISMO TIPO DE LETRA.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )  
Día Mes

Fecha del primer examen: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / ¿Dónde se los efectuó? \_\_\_\_\_

Diagnóstico completo: \_\_\_\_\_

Fecha de origen de la enfermedad o accidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Fecha inicial del tratamiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  
Día Mes Año Día Mes Año

**A CONTINUACION FAVOR COMPLETAR UNICAMENTE LA SECCION QUE CORRESPONDA AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO**

**TRATAMIENTO AMBULATORIO:**

Honorarios por visita en clínica: \_\_\_\_\_ No de visitas: \_\_\_\_\_ Valor por visita: \_\_\_\_\_

Honorarios por visita a domicilio: \_\_\_\_\_ No de visitas: \_\_\_\_\_ Valor por visita: \_\_\_\_\_

Indique los exámenes que fueron necesarios en el tratamiento del paciente:

Rayos X: \_\_\_\_\_

Laboratorio: \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO HOSPITALARIO:**

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año

Fecha de admisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Fecha de Egreso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

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

No. de visitas hospitalarias: \_\_\_\_\_ Valor de cada visita hospitalaria \_\_\_\_\_

(Sólo para los casos en los que no hay cirugía involucrada) Honorarios por tratamiento \_\_\_\_\_

**A) Si hay cirugía:** Indique el nombre de los procedimientos realizados \_\_\_\_\_

No. de código RVS: \_\_\_\_\_

No. de código RVS: \_\_\_\_\_

Honorarios por procedimiento quirúrgico exclusivamente: \_\_\_\_\_

MATERNIDAD: Si el reclamo es por maternidad indique:

Fecha aproximada de fecundación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Fecha del parto o aborto \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  
Día Mes Año Día Mes Año

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

Si el paciente fue referido por otro médico o hay otros involucrados en el tratamiento favor citar \_\_\_\_\_

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

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales y 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 relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el valor que el 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: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  
Día Mes Año

Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales 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 algún exceso de la cantidad que USUALMENTE deba reconocerse por el servicio o medicamento de que se trate.