

**IMPORTANTE:** Con la finalidad de procesar su reclamo rápidamente, le agradeceremos contestar todas las preguntas en forma detallada.

**SECCIÓN I: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL.**

Nombre de la Empresa para la cual labora el Asegurado Principal : \_\_\_\_\_

Nombre completo del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Por este medio solicito el pago de los Gastos Médicos incurridos por : MI  ESPOSO (A)  HIJO (A).

Nombre completo del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**En caso de accidente:**

Indique cuando ocurrió: \_\_\_\_\_ Donde ocurrió: \_\_\_\_\_

Cómo ocurrió: (Practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc.)  
\_\_\_\_\_

**En caso de enfermedad:**

Describa los síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha en que dio inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera consulta: \_\_\_\_\_

Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:  
Si  No  CUANDO: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo favor indicar el nombre, dirección y teléfono del médico tratante y de todos los doctores que lo asistieron por esta enfermedad:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**En caso de maternidad:**

Fecha de inicio del embarazo: \_\_\_\_\_

Fecha del parto, cesárea o aborto: \_\_\_\_\_

**EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:**  
Nombre, dirección y teléfono del primer médico consultado y de otros médicos que prestaron sus servicios:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TIENE SEGURO MÉDICO CON OTRA COMPAÑÍA? SI  NO

Si su respuesta es afirmativa favor indicar el nombre y número de póliza: \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjunto son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a la Compañía de Seguros que ampara la presente póliza, cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo.  
Queda entendido que la Compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

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

**FAVOR NO OLVIDE DE ADJUNAR FACTURAS DETALLADAS DE TODOS LOS GASTOS EN QUE INCURRIÓ POR ESTA INCAPACIDAD, ÓRDENES Y RESULTADOS DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, Y RECETAS DE MEDICINAS.**

**SECCIÓN II: PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE. (NO APLICA AL PLAN MEDIPLUS)**

Trabajaba el Asegurado cuando comenzó la incapacidad: SI  NO

Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad: SI  NO

Recomienda que se pague esta incapacidad: SI  NO

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva del seguro: \_\_\_\_\_

Póliza Número \_\_\_\_\_ Certificado Número \_\_\_\_\_ Categoría o Clase: \_\_\_\_\_

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ SELLO DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III: PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE.**

- 1) Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F
- 2) Fecha de la primera consulta por esta incapacidad: \_\_\_\_\_
- 3) Dé su diagnóstico completo: \_\_\_\_\_
- 4) Según su opinión, cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión? : \_\_\_\_\_
- 5) Fecha inicial del tratamiento: \_\_\_\_\_
- 6) Ordenó usted hospitalización: Si  , No  En caso negativo nombre del médico que la ordenó: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- 7) Si el paciente fue referido por otro médico o hay otros médicos involucrados favor citar:  
Nombres: \_\_\_\_\_ Direcciones: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

**PARA SU COMODIDAD FAVOR COMPLETAR ÚNICAMENTE LA SECCIÓN QUE CORRESPONDE AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO**

**TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Número de visitas en clínica: _____	Valor por visita: _____	Total: _____
Número de visitas a domicilio: _____	Valor por visita: _____	Total: _____

**TRATAMIENTO HOSPITALARIO**

Nombre del Hospital: _____
Fecha de Admisión: _____ Hora: _____ Fecha de Egreso: _____ Hora: _____
Si no hay cirugía: Describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones: _____
_____
Número de visitas dentro del hospital: _____ Valor por visita: _____ Total: _____
Honorarios por Tratamiento: Q. _____ Honorarios por Cirugía Q. _____
Si hay cirugía: Indique el nombre del o de los procedimientos realizados y el código de la Tabla de California, aceptada para uso en Guatemala _____
_____
_____

**MATERNIDAD**

Fecha aproximada de fecundación : _____ Fecha de parto, cesárea o aborto: _____
---

Si el paciente va a continuar en tratamiento, médico favor indicar por cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

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

Nota: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales y a 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 que obra en mi poder.

Nombre y Sello del Médico: \_\_\_\_\_ Colegiado No: \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS 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 alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.