



EL ROBLE
SEGUROS Y FIANZAS

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA GASTOS MEDICOS

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.

SECCION "A" DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por mi

por mi esposo (a) por mi hijo (a)

1. Nombre del Paciente _____

2. Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Sexo Femenino Masculino
DIA MES AÑO

3. Indique la índole de la dolencia _____

4. Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI NO En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____ / _____ / _____ A las _____ A.M. P.M. ¿Dónde ocurrió? _____
DIA MES AÑO

¿Cómo ocurrió? _____

5. En caso de enfermedad, cuando comenzó? _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

6. Nombre y Dirección del primer médico consultado _____

7. Dé la fecha de la primera visita _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

8. Nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad _____

9. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI NO En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital _____ Fecha de Admisión: _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus Registros Clínicos) pertenecientes a este reclamo. También certifico estar enterado de la aplicación del ARTICULO 915 del Código de Comercio "EXTINCIÓN DE RESPONSABILIDAD": Qué si con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones, el Asegurador quedará exento de sus obligaciones.

Nombre del Asegurador titular: _____

Dirección: _____

No. Cédula: _____ Tel.: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Firma del Asegurado: _____
DIA MES AÑO

ADJUNTE POR SEPARADO LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE CLINICA DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (Cirujano, Anestesiista, Ayudante, Radiólogo, Laboratorista, Hospitales Medicinas, Etc.)

SECCION "B" DEBE SER COMPLETADA POR: ASEGURADOR TITULAR

1. Nombre del Asegurado Titular: _____

2. Fecha efectiva de su cobertura en el seguro (Asegurado Titular) _____

3. Nombre del familiar dependiente (si corresponde) _____

4. Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro (Asegurado Dependiente) _____

5. No. de Póliza _____ Afiliada _____ No. de Certificado _____

6. ¿Trabajaba el asegurado cuando comenzó la incapacidad? SI NO

7. ¿Se debe esta reclamación a lesión o dolencia contraída de o durante el empleo? SI NO

8. ¿Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad SI NO

9. ¿Recomienda que se pague esta reclamación? SI NO

10. **PARA COMPLETAR UNICAMENTE EN CASO QUE SU POLIZA SEA CONTRATADA POR LA EMPRESA EN QUE TRABAJA**

Nombre del Contratante _____

Fecha _____ / _____ / _____ Nombre _____
DIA MES AÑO

Firma Autorizada _____ Cargo _____

SELLO DE LA EMPRESA

