



FORMULARIO DE RECLAMACION 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 mí

Por mi esposo (a) por mi hijo

1. Nombre del Paciente _____

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

3. Indique 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, cuándo 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 asistan 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 "EXTINCION DE RESPONSABILIDADES": Que sin 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 Asegurado 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, Anestesista, Ayudante, Radiólogo, Laboratorista, Hospitales, Medicinas, Etc.)

SECCIÓN "B" DEBE SER COMPLETADA POR: ASEGURADO TITULAR

1. Nombre del Asegurado Titular: _____

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

3. Nombre del familiar dependiente (sí 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

SECCION "C" DEBE SER COMPLETADA POR ÉL MEDICO ASISTENTE

Favor completar cada una de las preguntas con el mismo tipo de letra

- Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____
- Dé su diagnóstico completo _____ Describa el tratamiento _____

- Fecha del primer examen ____/____/____ Donde se efectuó _____
DIA MES AÑO
- Fecha que la enfermedad fue diagnosticada por primera vez ____/____/____
DIA MES AÑO
- Según su opinión qué tiempo de evolución lleva la lesión o enfermedad diagnosticada? _____
- ¿Ordeno usted la hospitalización? SI NO ; En caso negativo indique el nombre del médico que la ordenó _____

¿En qué hospital? _____
Indique la fecha de admisión ____/____/____ Fecha de Salida ____/____/____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO
- Si se practicó Cirugía, describa la operación (Incluya todos los procedimientos realizados) _____

- Dé las fechas en que atendió al paciente:
En el Hospital ____/____/____ Total _____ Visita a Q _____ c/u.
DIA MES AÑO
En la Casa ____/____/____ Total _____ Visita a Q _____ c/u.
DIA MES AÑO
En la Clínica ____/____/____ Total _____ Visita a Q _____ c/u.
DIA MES AÑO
- ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado o ha recibido tratamiento por esta condición, debido a la misma causa?
SI NO ; En caso afirmativo, Indique:
Fecha de Hospitalización ____/____/____
DIA MES AÑO
Nombre del Hospital _____ Diagnóstico _____

Si fue tratado o referido por otro médico, indique su nombre _____
- Según su opinión ¿Fue causado el padecimiento por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación?
SI NO En caso afirmativo explique detalladamente: _____

- Según su opinión el anterior padecimiento se debió únicamente al accidente sufrido SI NO
- ¿Se debe su condición a embarazo? SI NO
En caso afirmativo dé la fecha que se inició el embarazo ____/____/____
DIA MES AÑO
- ¿Ha sido la enfermedad bastante seria para impedir que el paciente trabaje? SI NO
- Considera que el paciente ha quedado completamente curado SI NO ; en caso negativo cuánto tiempo habrá necesidad de seguir algún tratamiento _____
Observaciones _____

Nombre del Médico

Firma y Sello del Médico

Fecha ____/____/____
DIA MES AÑO

SEGUROS EL ROBLE, S.A. REEMBOLSA LOS HONORARIOS MEDICOS COBRADOS, DEPENDIENDO DE LAS CONDICIONES INDIVIDUALES DE LA POLIZA CONTRATADA, EN NINGUN CASO SERAN RECONOCIDOS COMO GASTOS CUBIERTOS AQUELLOS QUE NO SEAN RAZONABLEMENTE NECESARIOS, NI SE PAGARA ALGUNO EN EXCESO DE LA CANTIDAD QUE USUALMENTE DEBA RECONOCERSE POR EL SERVICIO O MEDICAMENTO QUE SE TRATE.