

SECCIÓN A – PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Datos del Paciente:    Asegurado Titular ☐    Cónyuge ☐    Hijo(a) ☐    Sexo:    M ☐    F ☐    Edad \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_    Ocupación \_\_\_\_\_    Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Póliza \_\_\_\_\_    Certificado \_\_\_\_\_    Reclamo:    Inicial ☐    Complemento ☐    P. Convencional ☐    P. Directo ☐

Si su reclamo es Complemento, indique:    Diagnóstico \_\_\_\_\_    No. Reclamo \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Titular \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_    No. Cédula/DPI \_\_\_\_\_    Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Si el reclamo es de una póliza de Accidentes Personales de Plan Escolar, indicar nombre del Padre o Encargado del Alumno a quién se debe emitir el cheque \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizó a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones 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 Artículo 915 del Código de Comercio “Extinción de Responsabilidad”, que indica, si con el fin de hacer incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones o no se remite con oportunidad la documentación referente al siniestro, la Compañía de Seguros quedará desligada de sus obligaciones.

\_\_\_\_\_    FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR    Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_    DIA    MES    AÑO

SECCIÓN B – PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

Póliza \_\_\_\_\_    Certificado \_\_\_\_\_    Reclamo:    Inicial ☐    Complemento ☐    P. Convencional ☐    P. Directo ☐

Si el reclamo es Complemento, indicar:    Diagnóstico \_\_\_\_\_    No. Reclamo \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado Asegurado \_\_\_\_\_    Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente \_\_\_\_\_    Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_

Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo    Si ☐    No ☐

Nombre de quien autoriza \_\_\_\_\_    Cargo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_    FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA    \_\_\_\_\_    SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE    Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_    DIA    MES    AÑO

SECCIÓN C – PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_    Edad \_\_\_\_\_

Fecha de la primera consulta \_\_\_\_\_

Diagnóstico completo \_\_\_\_\_

Esta incapacidad es de origen:    Accidente ☐    Adquirido ☐    Dental ☐    Congénito ☐    Embarazo ☐

Tiempo de evolución de la incapacidad \_\_\_\_\_

Si es por **Dental**, favor indique si la causa es por:    Accidente ☐    Enfermedad ☐    Fecha \_\_\_\_\_

Si es por **Embarazo**, favor indique:    F.U.R. \_\_\_\_\_    F.P.P. \_\_\_\_\_

Tratamiento suministrado \_\_\_\_\_

Indique fecha en que atendió al paciente \_\_\_\_\_

Si realizó cirugía, indique en que hospital y haga descripción de la misma \_\_\_\_\_

Quedará el paciente con algún impedimento o secuela de la incapacidad reportada    Si ☐    No ☐

Tiempo de incapacidad \_\_\_\_\_

¿Cuándo estima que el paciente quedará curado? \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante u Odontólogo \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_    Colegiado \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_    FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO    \_\_\_\_\_    SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO    Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_    DIA    MES    AÑO



Codo reclamo de consulta y/o procedimiento en clínica | Pago Directo

COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE / ASEGURADO / EMPRESA

Datos del Paciente:    Asegurado Titular ☐    Cónyuge ☐    Hijo (a) ☐    Sexo:    M ☐    F ☐    Edad: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Paciente: \_\_\_\_\_    Póliza: \_\_\_\_\_    Certificado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Completo: \_\_\_\_\_

Procedimiento Efectuado: \_\_\_\_\_

Fechas de Consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_    Firma Médico Tratante    \_\_\_\_\_    Sello del Médico Tratante    \_\_\_\_\_    Firma del Asegurado    \_\_\_\_\_    Firma/Sello de la Empresa



**EXCLUSIVO PARA PAGO DIRECTO**

Para evitar demoras en el proceso de aprobación, favor completar con letra legible y de molde.

**Hospitalización y/o Procedimientos Especiales**

Indique el (los) Procedimiento(s)

Código

Honorarios Cirujano \_\_\_\_\_ Honorarios Ayudante \_\_\_\_\_

Honorarios Anestesista \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

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

Cistourethroscopia ☐

☐

Colonoscopia ☐

☐Electrocardiograma ☐☐

Electroencefalograma ☐

11

## Electromiograma

Gastroscoopia ☐☐Mamografía ☐

11

## Prueba de Esfuerzo

10

## Resonancia Magnética

Tomografía ☐

Ultrasonido ☐

11

Otros (Especifique)

11

1	5	9	13
2	6	10	14
3	7	11	15
4	8	12	16

## Medicamentos

**Nombre del Proveedor Afiliado**

Medicamento	Presentación (Gg, Tab, Susp, etc.)	Principio Activo	Dosis (mg, gr, ml, etc.)	Posología (BID, TID, QID, etc.)	Días	Cantidad Aprobada
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

**Tratamiento Dental** (Aplica para Pago Convencional y Pago Directo)

FECHA	DIENTE	SUPERFICIE	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CARGO	USO ADMINISTRATIVO		
					I	II	III

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

SELO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

Fecha 

DÍA	MES	AÑO