

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, 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 _____
DÍA 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 Sí No
Nombre de quien autoriza: _____ Cargo: _____

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA

SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE

Fecha _____
DÍA 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, haga descripción de la misma e indique en que hospital: _____
Quedará el paciente con algún impedimento o secuela de la incapacidad reportada Sí 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 _____
DÍA MES AÑO



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

No. _____

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

SECCIÓN C - PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO (Continuación)

EXCLUSIVO PARA PAGO DIRECTO

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

Nombre del Proveedor Afiliado _____

Hospitalización y/o Procedimientos Especiales

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y/o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnóstico ya realizados.

Indique el (los) Procedimiento(s)

Código

1 _____
 2 _____
 3 _____

Honorarios Cirujano _____ Honorarios Ayudante _____

Honorarios Anestesiista _____ Otros _____

Observaciones: _____

Exámenes Especiales, Radiología, Laboratorios

Nombre del Proveedor Afiliado _____

Cistoureoscopia <input type="checkbox"/>	Colonoscopia <input type="checkbox"/>	Electrocardiograma <input type="checkbox"/>	Electroencefalograma <input type="checkbox"/>
Electromiograma <input type="checkbox"/>	Gastroscopia <input type="checkbox"/>	Mamografía <input type="checkbox"/>	Prueba de Esfuerzo <input type="checkbox"/>
Resonancia Magnética <input type="checkbox"/>	Tomografía <input type="checkbox"/>	Ultrasonido <input type="checkbox"/>	Otros (Especifique) <input type="checkbox"/>

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												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	TOTALES			
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	J				DEDUCIBLES			
																BALANCE			
			T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K				BENEFICIOS %			
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	PAGO TOTAL			

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO _____

SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO _____