

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MEDICOS**

Favor completar el siguiente cuestionario en letra de molde, adjuntar sus recibos y facturas respaldadas por las órdenes médicas correspondientes debidamente firmadas y selladas, considerando:

- Recibos de honorarios profesionales, con indicación a quien fueron prestados los servicios y detallando número de consultas y honorarios por cirugía.
- Facturas de Hospital, detallando número de días de hospitalización, costo por día, tipo de cuarto, así como otros gastos que facture el Hospital.
- Facturas de Laboratorio, acompañadas de la orden del Médico indicando para quien fueron ordenados los exámenes (Cuando no haya hospitalización).
- Facturas detalladas de medicinas, acompañadas de su receta indicando a quien fueron recetadas, así como dosis, frecuencia y periodo de tratamiento.
- Copia de todos los resultados de exámenes practicados, sean de laboratorio, RX e imágenes radiológicas o tomografías.

**SECCIÓN A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR**

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: 

DIA	MES	AÑO

Sexo: Femenino  Masculino

3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? Si  No

10. Indique el nombre, dirección y teléfono de su Médico actual y de todos los otros Médicos que le han asistido por esta enfermedad.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Indique la índole de la dolencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Desde cuando le comenzaron los síntomas por esta dolencia?  
\_\_\_\_\_

11. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia?

6. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? Si  No

Si  No  En caso afirmativo indique:

En caso afirmativo indique: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_

A las: \_\_\_\_\_ A.M.  P.M.

Fecha de Admisión: 

DIA	MES	AÑO

¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

12. ¿Están los gastos de este reclamo cubiertos por otra póliza de Gastos Médicos? Si  No  En caso afirmativo indique:

7. En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

8. Nombre y Dirección del primer Médico consultado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_

9. Indique la fecha de la primera visita: 

DIA	MES	AÑO

Valor presentado: \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y correctas según mi leal saber y entender y autorizo a todos los médicos, clínicas, centros hospitalarios, de laboratorio, de imágenes especiales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus archivos) relacionados a tratamientos y servicios médicos prestados a mi y/o a mis dependientes.

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

Firma del Titular \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, No. de Póliza \_\_\_\_\_, No. de Certificado \_\_\_\_\_

Número de Identidad

Fecha 

DIA	MES	AÑO

**ADVERTENCIA**  
Código de Comercio

**Artículo 1147:** La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

**Artículo 1148:** Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

**SECCIÓN B: DEBE SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR EL MEDICO TRATANTE**

1. Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

2. Dé su diagnóstico completo: \_\_\_\_\_

3. ¿Se debe su condición a embarazo? SI  NO  En caso afirmativo, indique la fecha de la última menstruación

DIA	MES	AÑO

4. ¿Refirió el paciente desde cuando le comenzaron los síntomas por este diagnóstico? SI  NO  Describa los síntomas \_\_\_\_\_

5. ¿Refirió el paciente haber sido atendido por otro médico antes de Ud.? SI  NO  Nombre del Médico \_\_\_\_\_

6. ¿Le presentó estudios médicos el paciente la primera vez que U. le atendió? SI  NO

7. Si se practicó cirugía, describa la operación: \_\_\_\_\_

8. ¿En qué Hospital o Clínica se practicó la cirugía? \_\_\_\_\_

9. Si no se practicó la cirugía describa ampliamente el tratamiento? HOSPITALARIO  AMBULATORIO

10. ¿Ordenó usted hospitalización? SI  NO  En caso negativo, indique el nombre del Médico que la ordenó: \_\_\_\_\_

11. Indique fecha de Admisión: 

DIA	MES	AÑO

 Fecha de salida: 

DIA	MES	AÑO

12. ¿Le recomendó al paciente practicarse estudios para diagnóstico? SI  NO  Detalle: \_\_\_\_\_

13. Cite las fechas desde cuando trata al paciente por el diagnóstico arriba indicado \_\_\_\_\_

14. Según su opinión ¿Cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o accidente? \_\_\_\_\_

15. ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado por esta condición, diagnóstico o enfermedad? SI  NO  En caso afirmativo indique: \_\_\_\_\_

HOSPITAL	FECHA HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Firma y Sello oficial del Médico (Circular) \_\_\_\_\_

Fecha 

DIA	MES	AÑO

 Teléfono (s): \_\_\_\_\_

**SECCIÓN C: DEBE SER COMPLETADA POR EL PATRONO ( Aplica para Pólizas Colectivas y Minimed).**

La siguiente información debe ser obtenida de la tarjeta de enrolamiento:

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ No. de Póliza \_\_\_\_\_ No. de Certificado: \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? SI  No

Cargo de quien autoriza este reclamo \_\_\_\_\_

Nombre, firma y sello de quien autoriza el reclamo \_\_\_\_\_