

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

FR.RE.100 versión 01



aseguradora del sur

más que asegurar... cumplimos!

Póliza No.

Cómo presentar un reclamo:

1. El asegurado y/o beneficiario debe completar la sección A
2. Solicitar al médico de cabecera complete la sección B
3. Presentar este formulario a la compañía aseguradora adjuntando por separado las facturas detalladas de los gastos de clínica, de todos y cada uno de los profesionales que intervienen en el caso. (Cirujano, Anestesiista, Ayudante, Radiólogo, Laboratorista, etc.)

SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

1. Sr. () Sra. () Srta. () Edad Sexo
Nombres y Apellidos

2. Dirección Ciudad

3. N° de Cédula N° de Teléfono Ocupación

4. Describa la lesión

5. Datos del accidente:

Cuando ocurrió? Día Mes Año Hora (24h00):

Donde ocurrió?

Cómo ocurrió?

6. Nombre y teléfono del primer médico consultado

7. Fecha de la primera visita: Día Mes Año

8. Nombres y teléfonos de todos los médicos que le asistieron por esta lesión:

Nombre Teléfono () -

Nombre Teléfono () -

Nombre Teléfono () -

Nombre Teléfono () -

9. Estuvo hospitalizado por esta lesión? Sí No En caso afirmativo, indique:

Nombre del hospital/clínica

Fecha de ingreso: Día Mes Año

10. Totalmente incapacitado: Desde: Día Mes Año

Hasta: Día Mes Año

11. Parcialmente incapacitado: Desde: Día Mes Año

Hasta: Día Mes Año

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y personas que me atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones para que suministren a la ASEGURADORA DEL SUR C.A., cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo.

Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los recaudos necesarios para la misma en su completa satisfacción.

Fecha: Día Mes Año Firma del Asegurado y/o beneficiario

1. Nombre del paciente: Edad Sexo

2. Diagnóstico completo:

3. Si se practicó cirugía, describa la operación:

Dónde se efectuó la operación? Día Mes Año

Honorarios por cirugía únicamente (exclúyase los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.)

\$

4. Dé todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital/clínica

Día Mes Año Valor consulta \$

Día Mes Año Valor consulta \$

Día Mes Año Valor consulta \$

Día Mes Año Valor consulta \$

Total Visitas:

5. Ordenó usted la hospitalización? Sí No Nombre hospital/clínica

Admitido el: Día Mes Año Hora (24h00):

Salida el: Día Mes Año Hora (24h00):

6. Según su opinión, cuándo se originó la causa básica de esta lesión: Día Mes Año

7. Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? Sí No

8. Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado?

Desde: Día Mes Año

Hasta: Día Mes Año

9. Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente, continua o completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde: Día Mes Año

Hasta: Día Mes Año

10. Obligaciones el paciente en su trabajo:

.....

.....

.....

Fecha: Día Mes Año Firma del Médico

Observaciones:

.....

Nota: El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos con resolución No. 7456-S del 23 de octubre de 1.974

MATRIZ - QUITO: Av. República de El Salvador N34-211 y Moscú. Telf.: (02) 2997 500. Fax.: (02) 2467 983. • **Centro de servicios:** Irlanda E10-44 y República de El Salvador. Telf.: (02) 2997 500. • **SUCURSAL QUITO SUR:** Teodoro Gómez De la Torre, diagonal al parqueadero posterior del C.C. El Recreo, Local 3 y 4. Telf.: (02) 261 00 32 • **AMBATO:** Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo, sector Ficoa. Telfs.: (03) 2828 211 / (03) 2828 213 / (03) 2829 299. • **FRANCISCO DE ORELLANA (EL COCA):** Enrique Castillo 32-01 y Quito (Esquina). Telf.: (06) 2883 276 • **CUENCA:** Federico Proaño 365 y Honorato de Loyola (a dos cuadras de Pizza Hut mano derecha). Telfs.: (07) 2818 721 / (07) 2887 787 / (07) 2819 964. • **IBARRA:** Victoria Castello Chiriboga y Galo Plaza Lasso, atrás de C.C. La Plaza. Telfs.: (06) 2630 920 / (06) 2630 868. • **LOJA:** Av. Orillas del Zamora y Segundo Puertas Moreno. Telfs.: (07) 2560 991 / (07) 2587 677. • **MACHALA:** Av. 25 de Junio km 4 1/2 vía a Pasaje. Telfs.: (07) 2985 569 / (07) 2985 567. • **MANTA:** Av. M3 y Calle 24 Edif. Fortaleza local 2A. Telfs.: (05) 2625 751 / (05) 2626 503. • **PORTOVIEJO:** Av. Manabí y Granda Centeno (frente a la pista del aeropuerto). Telfs.: (05) 2632 508 / (05) 2632 647. • **RIOBAMBA:** Duchicela N18-59 y Calle Princesa Toa Telfs.: (03) 2951 320 / (03) 2941 063. • **SANTO DOMINGO:** Los Naranjos S/N y Av. Quito frente al SRI, 3er piso. Telf.: (02) 2751 377.