

FORMULARIO DE RECLAMACION



PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU LIQUIDACION CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE. CUALQUIER INFORMACION FRAUDULENTO PRIVARA AL AFILIADO EL DERECHO DE INDEMNIZACION

TIPO DEL CONTRATO

INDIVIDUAL

CORPORATIVO

A: PARA SER LLENADO POR EL AFILIADO

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR FECHA DE NACIMIENTO CEDULA #-
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO CEDULA #-

EL RECLAMO ES A CAUSA DE:

ENFERMEDAD

ACCIDENTE

EN CASO DE ENFERMEDAD INDIQUE LOS SINTOMAS:

EN CASO DE ACCIDENTE INDICAR LO SIGUIENTE:

FECHA DE OCURRENCIA:

DONDE OCURRIO:

COMO OCURRIO EL ACCIDENTE:

A LAS:

¿Ha recibido atención médica por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta? SI

NO

EN QUE FECHA

FECHAS DE CONSULTA

NOMBRE DEL MEDICO O MEDICOS QUE HA CONSULTADO:

DETALLE DEL RECLAMO:

Consulta:
Medicinas:
Laboratorio:
Rayos X:
Tratamientos:
Otros Rubros:
Total:

Por este medio certifico que todas las respuestas aquí dadas son correctas y verdaderas a mi conocimiento y por este medio autorizo a los doctores o instituciones para que proporcionen toda la información requerida por Privilegio:

FECHA

FIRMA

C.I.

B: PARA SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

DIAGNOSTICO ESPECIFICO DE LA ENFERMEDAD

¿CUANDO INICIO LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD?

DIA:

MES:

AÑO:

EN CASO DE OBSERVACIONES FAVOR INDICAR:

EN CASO DE CIRUGIA, INDIQUE EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (S)

¿SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE O CONGENITA? SI

NO

FECHA DE INICIO:

SE DEBE SU CONDICION A EMBARAZO SI

NO

FECHA APROXIMADA DE INICIO DEL EMBARAZO

AÑO:

MES:

DIA:

SE HA HECHO TRATAR EL PACIENTE ANTES POR ESTA CONDICION SI

NO

INDIQUE LA FECHA:

DIA:

MES:

AÑO:

INDIQUE LAS FECHAS DE CADA CONSULTA Y EL VALOR POR CONSULTA:

FECHA: NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

SELLO Y CODIGO DEL MEDICO TRATANTE

C: PARA SER LLENADO POR LA PERSONA AUTORIZADA POR EL CONTRATANTE:

NOMBRE DE LA EMPRESA:

FECHA Y CIUDAD

FIRMA AUTORIZANDO EL RECLAMO

CARGO