

SEGURO CORPORATIVO DE ASISTENCIA MEDICA FORMULARIO DE RECLAMACION

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.

SECCION A - Debe ser completada por el Empleado	
<p>Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por mí, por mi <input type="checkbox"/> esposo (a) <input type="checkbox"/> por mi hijo (a) <input type="checkbox"/></p> <p>1. Nombre del Paciente _____</p> <p>2. Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>4. Indique índole de la dolencia _____</p> <p>5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? _____ A las _____ DIA MES AÑO ¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____</p>	<p>6. En caso de enfermedad ¿Cuándo comenzó? _____ DIA MES AÑO</p> <p>7. Nombre y dirección del primer médico consultado. _____</p> <p>8. Dar la fecha de la primera visita _____ DIA MES AÑO</p> <p>9. Dar nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad. _____ _____ _____</p> <p>10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique: Nombre del Hospital _____ Fecha de Admisión _____ DIA MES AÑO</p>
<p>Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verdicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron, y a todos los Hospitales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.</p> <p>Nombre del Empleado _____</p> <p>Fecha _____ DIA MES AÑO Firma del Empleado _____</p>	

SECCION B - Debe ser completada por el Empleador											
<p>1. ¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Qué cargo desempeñaba? _____</p>											
<p>2. ¿La lesión o enfermedad del empleado del familiar dependiente por la cual se presenta esta reclamación, resultó en su ocupación remunerada con sueldo o ganancia o durante su empleo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>											
<p>3. ¿Recomienda que se pague este reclamo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>OBSERVACIONES: _____</p>											
<p>4. La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Enrolamiento</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina) _____</td> <td>Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre del Dependiente (si corresponde) _____</td> <td>Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____</td> </tr> <tr> <td>Nº del Grupo <u>78268</u> _____</td> <td>Nº del Certificado _____ Clase _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre del Empleado de la Póliza, Empleador, etc. <u>Fundación Amón del Crecimiento Integral ESPOL</u> _____</td> <td>Fecha en que se completa esta sección D/M/A _____</td> </tr> <tr> <td>Firma Autorizada _____</td> <td>Cargo _____</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">SELLO DE LA EMPRESA SEGURO HUMANO DIRECCIÓN TALENTO HUMANO</p>		Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina) _____	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____	Nombre del Dependiente (si corresponde) _____	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____	Nº del Grupo <u>78268</u> _____	Nº del Certificado _____ Clase _____	Nombre del Empleado de la Póliza, Empleador, etc. <u>Fundación Amón del Crecimiento Integral ESPOL</u> _____	Fecha en que se completa esta sección D/M/A _____	Firma Autorizada _____	Cargo _____
Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina) _____	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____										
Nombre del Dependiente (si corresponde) _____	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____										
Nº del Grupo <u>78268</u> _____	Nº del Certificado _____ Clase _____										
Nombre del Empleado de la Póliza, Empleador, etc. <u>Fundación Amón del Crecimiento Integral ESPOL</u> _____	Fecha en que se completa esta sección D/M/A _____										
Firma Autorizada _____	Cargo _____										

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución Nº 91-171-S de Julio 8 de 1991

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: 1800 765 432 - Ventas: 1800 - 939 455 - e-mail: crmecuador@panamericanlife.com

FORMULARIO DE RECLAMACION - HOJA 2

SECCION C - Debe ser completada por el Médico Tratante

1. Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

2. Dar su diagnóstico completo _____

3. ¿Se debe su condición a embarazo? SI NO
 En caso afirmativo, de la fecha aproximada en que se inició el embarazo _____
 DIA MES AÑO

4. Si se practicó Cirugía, describa la operación _____

5. ¿En qué Hospital o Clínica se practicó la Cirugía? _____
 Fecha _____
 DIA MES AÑO

6. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:
 En el Hospital: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u
 En la Casa: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u
 En el Consultorio: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u

7. ¿Ordenó usted la hospitalización? SI NO En caso negativo, indique el nombre del médico que la ordenó _____

8. Indique: Fecha de Admisión: _____ Fecha de Salida: _____
 DIA MES AÑO DIA MES AÑO

9. Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de esta condición? _____
 DIA MES AÑO

10. ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado por esta condición debido a la misma causa? SI NO
 En caso afirmativo indique
 Nombre del Hospital _____ Fecha de Hospitalización _____
 Diagnóstico _____ DIA MES AÑO
 Nombre del Hospital _____ Fecha de Hospitalización _____
 Diagnóstico _____ DIA MES AÑO

11. Según su opinión, ¿Fue causada la incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación? SI NO
 En caso afirmativo, explique detalladamente: _____

12. ¿Ha sido la enfermedad bastante seria para impedir que el paciente trabaje? _____

 Nombre del Médico _____ Firma del Médico _____
 Sello del Médico _____ Fecha _____
 DIA MES AÑO

OBSERVACIONES: _____

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución Nº 91-171-S de Julio 8 de 1991

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
 Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: 1800 765 432 - Ventas: 1800 - 939 455 - e-mail: crmcecuador@panamericantlife.com