PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

Compañía miembro de Pan American Life Insurance Group

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

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por mi ,por mí ☐ esposo (a) ☐ por mi hijo (a) ☐

1. Nombre del Paciente _____

2. Fecha de Nacimiento _____

   Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo?

   SI ☐ NO ☐

4. Indique índole de la dolencia _____

5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente?

   SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indique:

   ¿Cuándo ocurrió? _____ (DIA MES AÑO) A las _____

   ¿Dónde ocurrió? _____

   ¿Cómo ocurrió? _____

6. En caso de enfermedad

   ¿Cuándo comenzó? _____ (DIA MES AÑO)

7. Nombre y dirección del primer médico consultado.

   _____

8. Dar la fecha de la primera visita _____ (DIA MES AÑO)

9. Dar nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad.

   _____

10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia?

    SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indique:

    Nombre del Hospital _____

    Fecha de Admisión _____ (DIA MES AÑO)

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas 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.

Nombre del Empleado _____

Fecha _____ (DIA MES AÑO) Firma del Empleado _____

SECCION B - Debe ser completada por el Empleador

1. ¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? SI ☐ NO ☐ ¿Qué cargo desempeñaba?

   _____

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 ☐ NO ☐

3. ¿Recomienda que se pague este reclamo? SI ☐ NO ☐

   OBSERVACIONES: _____

4. La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Enrolamiento

   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 _____ Nº del Certificado _____ Clase _____

   Nombre del Tenedor de la Póliza, Empleador, etc. _____ Fecha en que se completa esta sección D/M/A _____

   Firma Autorizada _____ Cargo _____

   SELLO DE LA EMPRESA ASEGURADA

   SELLOS S.A.

FORM 2548 REV 7/91

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: **crmcecuador@panamericanlife.com**

PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

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: _____ (DIA / MES / AÑO) Fecha de Salida: _____ (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 _____ (DIA / MES / AÑO)
    Diagnóstico _____
    Nombre del Hospital _____ Fecha de Hospitalización _____ (DIA / MES / AÑO)
    Diagnóstico _____

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@panamericanlife.com