

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 mi <input type="checkbox"/> esposo (a) <input type="checkbox"/> por mi hijo (a) <input type="checkbox"/>		6. En caso de enfermedad ¿Cuándo comenzó? _____ DIA MES AÑO
1. Nombre del Paciente _____		7. Nombre y dirección del primer médico consultado. _____
2. Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		8. Dar la fecha de la primera visita _____ DIA MES AÑO
3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		9. Dar nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad. _____ _____ _____
4. Indique índole de la dolencia _____ _____		
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? _____		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
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3. ¿Recomienda que se pague este reclamo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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 _____
77709 P Nº del Grupo _____	Nº del Certificado Clase _____
Banco para la Asistencia Comunitaria Finca S.A Nombre del Tenedor de la Póliza, Empleador, etc. _____	Fecha en que se completa esta sección D/M/A _____
Firma Autorizada SELO DE LA EMPRESA SEGUROADA	Cargo _____

FORM 2548 REV 7/91

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N° 91-171-S de Julio 8 de 1991

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 _____
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: _____

