

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 mí, por mi 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? _____ 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 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.

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 _____ GARGO _____

SELO DE LA EMPRESA ASEGURADA

TEMENOS ECUADOR S.A.

FIRMA AUTORIZADA

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

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 _____
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