


**FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN PARA GASTOS MÉDICOS, ACCIDENTES PERSONALES Y DENTAL**

**— SECCIÓN 'A' PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL**

Nombre del asegurado principal:

 Por este medio solicito los gastos incurridos por:  Mi  Esposa (o)  Hijo (a)

Nombre completo del paciente:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Ocupación:

Sexo:

Estado civil:

**EN CASO DE ACCIDENTE**

Indique cuándo ocurrió:

 Cómo ocurrió: *(practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc.)* \_\_\_\_\_

**EN CASO DE ENFERMEDAD**

Describa los síntomas:

Fecha en que dio inicio:

 ¿Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente?  Sí  No ¿Cuándo?:

Nombre y teléfono del médico tratante:

**EN CASO DE MATERNIDAD**

Fecha de inicio del embarazo:

Fecha de atención:

**EN CUALQUIERA DE LOS CASOS, INDIQUE:**

Nombre, dirección y teléfono del primer médico consultado y de otros que prestaron sus servicios:
 \_\_\_\_\_

No. de póliza:

Certificado:

Fecha:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma del asegurado principal:

*Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a la compañía de seguros que ampara la presente póliza, cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.*


**— SECCIÓN 'B' PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE**

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Fecha de primera consulta por esta incapacidad:

Diagnóstico completo: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Número de visitas en clínica:

Valor por visita:

Número de visitas a domicilio:

Valor por visita:

**TRATAMIENTO HOSPITALARIO**

Nombre del hospital:

Fecha de admisión:

Hora:

Fecha de egreso:

Hora:

Número de visitas dentro del hospital:

Valor por visita:

Si hay cirugía indique el nombre del o los procedimientos realizados: \_\_\_\_\_

Número de código:

Honorarios por procedimiento:

