


**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:

## MATERNIDAD

Fecha aproximada de fecundación:

Fecha de atención:

## DENTAL

Favor indique si la causa es por:

Enfermedad  Sí  No      Accidente  Sí  No

En caso afirmativo, explique:

Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuánto tiempo:

Observaciones:

*Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales y a otras instituciones a que otorguen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los informes que se refieran a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información en estas formas fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como el expediente clínico.*

Nombre del médico:

Colegiado:

Dirección y teléfono:

Fecha:

Sello del médico:

Firma:

## SECCIÓN 'C' PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO ODONTÓLOGO

Nombre del odontólogo:

Colegiado:

Dirección:

Teléfono:

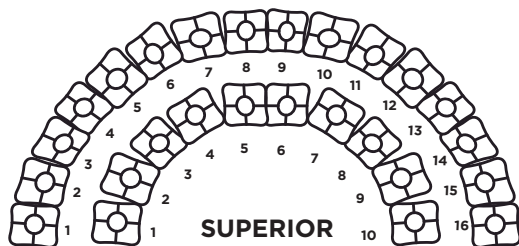
Fecha primera visita:

Fecha de fin del tratamiento:

### PARA USO ADMINISTRATIVO

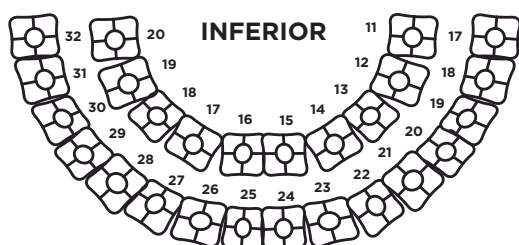
Diente No.	Superficie No.	Descripción del servicio	Fecha de servicio	Cargo	I	II	III

### FACIAL



DER.

IZQ.



FACIAL

### MARQUE PIEZAS TRABAJADAS

Use el orden numérico indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado.

Fecha:

Firma y sello del médico odontólogo