

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS



INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO:

1. N° DE PÓLIZA CERT.	NOMBRE DEL GRUPO:	2. NOMBRE DEL ASEGURADO (DUEÑO DE PÓLIZA)	FECHA NAC (DUEÑO DE PÓLIZA)	3. CÉDULA
4. TELÉFONO:	5. NOMBRE DEL PACIENTE:	6. FECHA NAC DEL PACIENTE: DÍA _____ MES _____ AÑO _____	7. SEXO: ☐ M ☐ F	
8. DATOS TRANSFERENCIA BANCARIA BANCO: _____ Cuenta IBAN: _____ MONEDA: _____		CORREO ELECTRONICO: _____		
9. FAVOR DETALLE EL TOTAL DE GASTOS QUE USTED ESTÁ PRESENTANDO: Consulta _____ Medicamentos _____ Laboratorio _____ Rayos X _____ Cirugía _____ Exámenes Especiales _____ Otros _____ Total _____		10. EN CASO DE ACCIDENTE, EXPLIQUE: Donde: _____ Cuando: _____ Como sucedió: _____ Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo con las provisiones de la póliza. Asimismo, autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo. FIRMA: _____ FECHA: _____		11. SI POSEE USTED OTRO SEGURO QUE PUDIERA CUBRIR PARTE DE LOS GASTOS, INDIQUE: TIPO DE SEGURO: ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ AUTO ☐ ACCIDENTES PERSONALES NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA: _____
AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDICO Y/O HOSPITAL Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/o hospital por los servicios prestados. FIRMA: _____ FECHA: _____				

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE:

12. Fecha en que tuvo el primer síntoma: DÍA _____ MES _____ AÑO _____		☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE ☐ EMBARAZO (FUM)		
13. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE CÓD.)		CÓDIGO		
14. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SERVICIO MÉDICO SUMINISTRADO				
FECHA	LUGAR (COD)*	DESCRIBA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O SERVICIO MÉDICO	CÓDIGO	CARGO
*Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (O) Oficina (H) Hogar (OL) Otro lugar (U) Urgencias				
15. INDIQUE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO O RAYOS X QUE USTED ORDENÓ:				
16. ¿CUÁNDO ATENDIÓ AL PACIENTE POR PRIMERA VEZ? DÍA _____ MES _____ AÑO _____		DIAGNÓSTICO:	17. NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO REFIRIÓ:	
CERTIFICO QUE ATENDÍ AL PACIENTE ARRIBA INDICADO Y QUE LAS DECLARACIONES QUE HE HECHO CORRESPONDEN A LOS SERVICIOS QUE HE PRESTADO:				
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE:		FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:	FECHA:	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CÉD. O RUC.	TEL. CLÍNICA

