



## FORMULARIO DE RECLAMO SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de si reclamo conteste cada pregunta detalladamente

### Sección A: Para ser completada por el empleado

Sr. Sra. Srita. \_\_\_\_\_ Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

2. Reclamación hecha por  Él mismo  Cónyuge  Hijo \_\_\_\_\_ Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

3. Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_

4. Indique la índole de la dolencia \_\_\_\_\_

5. ¿Se debe la dolencia o lesión?  SI  NO En caso de afirmativo, indique

¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ A.M. P.M.  
Día Mes Año

¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Comó ocurrió? \_\_\_\_\_

6. En caso de enfermedad.

¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

7. Nombre y dirección del PRIMER médico. Consultado \_\_\_\_\_

8. Dé la fecha de la PRIMERA visita \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

9. De nombres y dirección de su médico y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad. \_\_\_\_\_

¿Estuvo ANTERIORMENTE hospitalizado por esta dolencia?  SI  NO En caso de afirmativo, indique

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Fecha de Admisión \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos lo médicos y otras personas que me atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones para que Suministren SEGUROS ATLANTICA, S.A. cualquier información. Incluyendo copias de exactas de sus archivos. Exámenes de Laboratorios y Rayos X perteneciente a este reclamo.

Queda entendido que la compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este Reclamo hasta la obtención de todo lo recaudado necesarios para la misma completa satisfacción.

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Firma del empleado \_\_\_\_\_

Adjunto por separado las facturas de los gastos de clínica de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en el caso (Cirujano, Anestesia, Ayudantes, Radiólogos, Laboratorista, etc.)

### Sección B para ser completada por el médico de cabecera (Véase al dorso)

### Sección C. para ser completadas por el patrono

1. Este empleado es asegurado bajo certificado No. \_\_\_\_\_ Fecha del seguro \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha del ingreso \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

2. Nombre del dependiente, (si la declamación es para este) \_\_\_\_\_

3. ¿Se debe esta reclamación a lesión o dolencia contraída de o durante el ejemplo? \_\_\_\_\_

4. ¿Se a declarado beneficios legales por esta incapacidad? SI NO

¿Tienes derecho a tales beneficios? SI  NO

Fecha

Nombre del Patrono

Firma Autorizada

**B. Esta sección debe ser completa por el médico de cabecera**

1. Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_
2. Diagnóstico principal de condición: \_\_\_\_\_  
otros diagnósticos: \_\_\_\_\_  
en caso de paciente femenino ¿se debe la condición a embarazo? SI  NO
3. Según su opinión cuando comenzó la causa básica de esta condición: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Según su conocimiento ¿Ha recibido previamente el paciente algún tratamiento por esta condición o por cualquier debida a la misma causa o a causas relacionadas? SI  NO   
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Si no se requerirá hospitalización, favor indicar si se necesitarán Exámenes de Laboratorio o Rayos X para diagnóstico: SI  NO  En caso afirmativo enumerar éstos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**En caso de reclusión en Hospital**

6. ¿Quién ordenó la hospitalización? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Nombre del hospital: \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de salida: \_\_\_\_\_
8. Detalle el tratamiento u operación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. En caso de operación, indique los honorarios por cirugía únicamente (excluyase por visitas médicas, anestesia, etc. \$ \_\_\_\_\_
10. ¿A qué otros médicos ha referido los servicios por los cuales se presenta el reclamo. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

\_\_\_\_\_  
Cuidado o fecha

**Observaciones:**