



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SOLICITUD DE BENEFICIOS

(Llenarla a máquina o con letra imprenta)

Nombre del Producto _____

Póliza N° _____

Reclamo N° _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Directo: _____

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

N° Identificación: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección exacta o Apartado Postal: _____

Cuenta Cliente del Asegurado Directo: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

N° Identificación _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Profesión u Oficio: _____ Género: Masculino ☐ Femenino ☐

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: ☐ Cónyuge ☐ Mi persona ☐ Hijo (a)

Compañía en la que labora o Centro de Estudios: _____

¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? ☐ SI ☐ NO

Nombre de compañía _____ N° de póliza _____

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

El reclamo fue a consecuencia de: ☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE ☐ MATERNIDAD ☐ OTROS

Naturaleza de la dolencia o enfermedad (detalle los síntomas, si se debió a accidente, dónde, por qué y cómo pasó) Consecuencias _____
_____. Primeros síntomas manifestados de la enfermedad o accidente: _____

Fecha: _____ Lugar: _____ Ocupación: _____

¿Se debió esta dolencia a la ocupación del paciente?: Sí ☐ No ☐

Indique nombre y teléfono de los testigos que presenciaron el accidente: _____

Si estuvo hospitalizado indique el nombre del hospital y días que estuvo recluso: _____

Nombre y domicilio del médico (s) que le prestó (aron) los primeros auxilios. Indique si es médico habitual del Asegurado. En caso de enfermedad indique el nombre del médico que lo atiende."

NOMBRE	DIRECCIÓN	Primera fecha consulta		
		día	mes	año

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los doctores u otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo al INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS). Asimismo autorizo a los funcionarios que el I.N.S. designe, para consultar y recopilar toda la información contenida en mis expedientes en cualquier otro centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

La documentación contractual y la nota técnica que integran los productos que utilizan este documento, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros:

INS Viajero con Asistencia en Dólares P16-33-A01-019 de fecha 16/11/2009

INS Viajero con Asistencia para Estudiantes P16-35-A01-015 de fecha 27/11/2009

Seguro Básica de Accidentes Monto Nivelado Colones P16-33-A01-059 de fecha 16/12/2009 - Dólares P16-33-A01-060 de fecha 16/12/2009

Seguro Colectivo de Accidentes para Asientos de Vehículos Colones P16-33-A01-042 de fecha 07/12/2009

Seguro de Accidentes para Estudiantes P16-33-A01-044 de fecha 08/12/2009

Seguro de Gastos Médicos del INS P16-35-A01-143 de fecha 23/02/2010

Seguro INS Medical Internacional Grandes Deducibles P16-35-A01-092 de fecha 05/01/2010

Seguro INS Medical Internacional P16-35-A01-072 de fecha 05/01/2010

Seguro INS Medical Regional P16-35-A01-113 de fecha 27/01/2010

Seguro para Viajeros en Colones P16-33-A01-040 de fecha 04/12/2009 - Dólares P16-33-A01-041 de fecha 04/12/2009

Seguro Viajero Frecuente en Dólares P16-33-A01-047 de fecha 10/12/2009

Nombre, Firma y Número de identificación del reclamante

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma y N° Identificación

DECLARACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA

(Llenarla a máquina o con letra imprenta)

PARTE B

Nombre del Paciente:

Edad:

Indique brevemente el diagnóstico y los síntomas de la enfermedad o lesión:

¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia por primera vez o cuándo ocurrió el accidente? Sea lo más detallado posible:

¿Cuándo le consultó el paciente por primera vez sobre esta condición?

¿Ha sufrido el paciente de esta dolencia anteriormente? ¿Cuándo?

¿Qué relación tiene esta dolencia con otros padecimientos del Asegurado?

¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente? ¿Sobre qué dolencias?

Clase de tratamiento o cirugía practicada. (Describala detalladamente)

Costo de esta intervención:

¿Con hospitalización?

Sí ☐ No ☐

Fecha en que fue realizado:

¿Dónde se efectuó?

Indique las fechas del tratamiento:

Cobrado por visita:

Consultorio: _____

Residencia: _____

Hospital: _____

Explique qué otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante. ¿Por qué?

Explique si se debe esta condición a una lesión o enfermedad proveniente del empleo del paciente:

¿Está todavía el paciente a su cuidado por esta condición? (Si fue dada de alta, dé la fecha)

Sí ☐ No ☐

Fecha: _____

Observaciones:

Fecha:

Nombre del médico y su dirección completa

Firmado: _____
Médico o Cirujano: