

1. PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre de la Empresa para la cual labora el asegurado principal: _____
 Nombre Completo del Asegurado Principal: _____
 Por este medio solicito el pago de los gastos medicos incurridos por: MI ESPOSA (O) HIJO (A)
 Nombre completo del Paciente: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Fecha Nacimiento: _____
 Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Email: _____

En Caso de Accidente:

Indique cuando ocurrió: _____ Donde ocurrió: _____
 Como ocurrió (practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehiculos, riñas, etc): _____

En caso de Enfermedad:

Describa los sintomas: _____
 Fecha en que dio inicio: _____ Fecha de la primera consulta: _____
 Han incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:
 Si: No: CUANDO: _____
 En caso afirmativo favor indicar el nombre, dirección, y teléfono del tratante y de todos los médicos que lo asistieron por esta enfermedad: _____

En caso de Maternidad:

Fecha de Inicio del Embarazo: _____
 Fecha del Parto o Aborto: _____

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

Nombre, dirección y teléfono del primer consultado y de otros medicos que prestaron sus servicios:

TIENE SEGURO EN OTRA COMPAÑÍA: SI _____ NO _____
 Si su respuesta es afirmativa favor indicar el nombre y numero de poliza: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son veridicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los medicos 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 poliza, 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 liquidacion de este reclamo, hasta la obtencion de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfaccion.

Fecha: _____ Firma del Asegurado Principal: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

NO OLVIDE ADJUNTAR LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE HOSPITAL, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANOS, ANESTESIA, RADIOLOGO, LABORATORISTA, RESULTADOS DE LABORATORIO, MEDICINAS, RECETAS Y RX)

2. PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

¿ Trabaja el Empleado cuando comenzó la incapacidad? Si No
 ¿ Se ha reclamado anteriormente por ésta incapacidad? Si No
 ¿Recomienda que se pague esta incapacidad? Si No

Nombre del Asegurado (Favor escribirlo a máquina):		FECHA EFECTIVA DEL SEGURO:	
NOMBRE DEL DEPENDIENTE (si la reclamacion es por este:)		FECHA EFECTIVA DEL SEGURO:	
POLIZA No.:	CERTIFICADO:	CATEGORIA O CLASE	FECHA:
EMPRESA CONTRATANTE Y SELLO:		FIRMA AUTORIZADA:	CARGO:

3. PARA SE COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

Favor completar todas y cada una de las preguntas con el mismo tipo de letra

1. Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: M () F ()

2. Fecha de primera consulta por esta incapacidad: _____

3. De su diagnostico completo: _____

4. Según su opinion cuando se originó la causa de esta enfermedad o lesion: _____

5. Fecha inicial del tratamiento: _____

6. Ordenó usted hospitalización: Si () No () En caso de negativo nombre del medico que la ordeno: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

7. Si el paciente fue retenido por otro médico o hay otro medico involucrado favor citar:

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

**PARA SU COMODIDAD FAVOR COMPLETAR UNICAMENTE LA SECCION QUE
CORRESPONDE AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO****TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Número de visitas en Clínica: _____ Valor por visita: _____ Total: _____

Numero de visitas a Domicilio: _____ Valor por visita: _____ Total: _____

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Nombre del Hospital: _____

Fecha de Admisión: _____

Si no hay cirugia. Describa el tratamiento especifico dado a cada una de las lesiones: _____

Número de visitas dentro del hospital: _____ Valor por visita: _____ Total: _____

(Solo para casos en los que no hay cirugia involucrada) Honorarios por Tratamiento: _____

Si hay cirugia. Indique el nombre del o los procedimientos realizados:

_____ Número de código RVS _____

_____ Número de código RVS _____

Honorarios por procedimiento quirurgico: _____

MATERNIDAD

Si el reclamo es por la maternidad indique:

Fecha aproximada de fecundacion: _____ Fecha de Parto o Aborto: _____

Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuanto 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 poliza 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 revelo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago costar que una copia de esta autorizacion tienen el valor original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la informacion proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clinico.

Nombre y Sello del Médico: _____ Colegiado No.: _____

Dirección y Teléfono: _____ Fecha: _____

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la poliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.

Fecha:

Tomador_____
ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA), S.A.