



FORMULARIO DE RECLAMACION DE SALUD

Para evitar demoras en el proceso de su reclamo, favor conteste cada pregunta detalladamente:

Sección A: Información para ser completada por asegurado					
1. Nombre completo del Asegurado Principal:					
Nombre:		1er apellido:		2º apellido:	
2. Número y tipo de póliza →		Nº póliza :		Tipo póliza :	
3. Dirección del asegurado →					
4. Nombre completo del reclamante o paciente:					
Nombre:		1er apellido:		2º apellido:	
5. Nº de identificación del reclamante ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")			
		<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otro
6. Relación o parentesco con el Asegurado principal:					
<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Hijo (a) soltero (a) o dependiente		<input type="checkbox"/> Otro. Favor indicar cuál →	
7. Fecha de nacimiento del reclamante:		Día:		Mes:	Año:
8. Lugar de empleo, colegio o universidad del reclamante:					
9. ¿Es el reclamante estudiante a tiempo Completo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
10. Indicar otras pólizas que el reclamante posea, colectivas o individuales, nombre de la compañía de seguros y Nº de póliza:					
11. ¿Pre-notificó esta reclamación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		12. ¿En qué fecha? Día: Mes: Año:			
13. ¿Por medio o a través de quién pre-notificó?					
Espacio para ser llenado en caso de accidente:					
14. Fecha del accidente →	Día:	Mes:	Año:	Hora:	
Espacio para ser llenado en caso de enfermedad:					
15. ¿En qué fecha sintió los primeros síntomas? → Día: Mes: Año:					
16. Describa la enfermedad:					
17. ¿Ha recibido tratamiento por esta enfermedad anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>. En caso afirmativo, favor indicar fecha e historial médico:					
18. ¿Recibió tratamiento o atención por algún seguro de carácter obligatorio (Seguro obligatorio de vehículos automotores o riesgos de trabajo), por parte de la CCSS o del Ministerio de Salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>. Si la respuesta es positiva, favor explicar en que consistió la atención y que beneficios recibió.					
19. Nombre del Médico tratante del reclamante:					
20. Dirección del Médico tratante:					
Autorizo por la presente a cualquier médico, hospital, clínica u otra facilidad médica o médicamente relacionada que posea licencia como tal, compañía de seguros, Bureau de Información Médica u otra organización, institución o persona o entidad gubernamental o pública que tenga cualquier información de mi o mi salud a brindársela a, Sucursal en Costa Rica, incluyendo fotocopias de mis expedientes clínicos y/o administrativos completos. Esta autorización incluye tratamientos por enfermedad mental y/o uso de drogas y alcohol.					
Firma del reclamante		L u g a r		Fecha de autorización	
				Día:	
				Mes:	
				Año:	



Sección B: Información para ser completada por el Médico tratante:				
1. Nombre completo del paciente:				
Nombre:		1er apellido:		2º apellido:
2. Indicar otras pólizas que el paciente posea, colectivas o individuales, nombre de la compañía de seguros y N° de póliza:				
3. Se trata de → Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>				
4. Fecha de ocurrencia o de los primeros síntomas → Día: Mes: Año:				
5. ¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición o alguna condición relacionada? En caso afirmativo favor indicar detalles.				
6. Fecha en que Usted realizó la primera consulta → Día: Mes: Año:				
7. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o accidente:				
8. Nombre y dirección del centro médico donde el paciente fue atendido:				
9. Describa los procedimientos y servicios brindados:				
Fecha	Lugar en que se efectuó	Describir los procedimientos, servicios, exámenes etc., realizados en cada fecha	Cargos (Costos)	
Nombre del Médico tratante →				Nº de registro médico →
Nº identificación Médico tratante →				Dirección y teléfonos:
A mi entender estas declaraciones son completas y verdaderas				
Firma del Médico tratante ↓		Sello del Médico ↓		Lugar y fecha:
				Lugar:
				Fecha:
				Día
				Mes
				Año

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, 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 Registros números: P16-35-A11-319 Seguro Humanus de Gastos Médicos Internacional con fecha 08 de marzo de 2010, P16-35-A11-320 Seguro Dominus de Gastos Médicos Internacional con fecha 12 de marzo de 2012, P16-35-A11-321 Seguro Regius de Gastos Médicos Internacional con fecha 18 de marzo de 2012, P16-35-A11-322 Seguro Sanitas de Gastos Médicos Internacional con fecha 18 de marzo de 2012, P20-64-A11-605 DOMINUS PLUS GASTOS MEDICOS INTERNACIONAL con fecha 29 de enero de 2012.

Triple-S Blue, Inc. Cédula Jurídica 3-012-631203 (antes Atlantic Southern Insurance Company), a través de BlueCross BlueShield Costa Rica, está autorizada bajo una licencia de la BlueCross and BlueShield Association, a usar las marcas de servicio Blue Cross® y Blue Shield® en el territorio de la República de Costa Rica.