

Declaración del Asegurado (Favor llenar en letra imprenta)

Estimado asegurado, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes.

Póliza No./ Unidad	Teléfono	Celular	Intermediario de seguros

Contratante (sólo si es Póliza Colectiva)

	Dirección de correo electrónico del asegurado
--	-----------------------------------------------

Nombre del Asegurado

Nombre	2 ^{do} Nombre	Apellido	2 ^{do} Apellido

Nombre del Reclamante (paciente)

Nombre	2 ^{do} Nombre	Apellido	2 ^{do} Apellido

Fecha de nacimiento			Cédula
día	mes	año	

Observaciones del reclamo:

¿Tiene usted otra póliza que cubra estos gastos?

Si No

Cía. de Seguros

Este reclamo se refiere a:

Reclamo presentado por primera vez

Si No

No. de Póliza

Medicamento de uso prolongado

Si No

Laboratorios de seguimiento de tratamiento inicial

Si No

Rayos X de seguimiento de tratamiento inicial

Si No

Otros

Si No

Espacio para ser completado solamente para reclamos por Accidentes Personales

Fecha del Accidente

Hora

día	mes	año

En caso de accidente de tránsito: ¿Hubo parte de tránsito? Si No En caso afirmativo favor adjuntar a este formulario el parte de tránsito. Indique el diagnóstico, los síntomas o lesiones por los cuales está haciendo el reclamo. Asimismo indicar el lugar y las circunstancias del mismo:

Favor incluir los siguientes documentos: recibos originales y copia de la cédula.
 En caso de desmembramiento, favor presentar los Rayos X del miembro afectado.

"Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.**"

Firma del Asegurado

Fecha _____
 día mes año

Estimado doctor, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes.

Declaración del médico

Nombre del paciente Patient's Name				Fecha de nacimiento Date:			Edad Age	Sexo Sex
Nombre/Name	2 ^{do} Nombre/2 nd Name	Apellido/Last Name	2 ^{do} Apellido	día/day	mes/month	año/year		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Diagnóstico	ICD
Diagnosis	ICD

¿Cuándo se iniciaron los síntomas de esta condición? / When did the symptoms of this condition begin?

día day	mes month	año year
------------	--------------	-------------

Descripción de los síntomas que presenta el asegurado / Description of the symptoms presented by the insured

Hallazgos físicos que apoyen el diagnóstico ó los síntomas indicados / Physical findings that support the diagnosis or symptoms listed

¿Ha sido tratado el paciente previamente por alguna(s) condición(s) relacionada(s) a ésta? Si es afirmativo, indicar el nombre del(los) médico(s) tratante(s). / Has the patient been previously treated by some condition (s) related to this? If so, please indicate the name of the treating doctor (s) / physician (s)

día day	mes month	año year
------------	--------------	-------------

Exámenes de laboratorio o rayos X que se ordenaron / Laboratories or X-rays that were ordered

Descripción de Servicios / Description of Services

Descripción Description	Fecha de atención Date			Costo Cost	Lugar Place
	día/day	mes/month	año/year		

Observaciones/Prognosis

Notes

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mí corresponden a los servicios que he prestado.
I certify that I am the attending physician and that my statements correspond to the services rendered.

Dr. _____
Nombre y Sello Name & Print Firma del Médico Physician's Signature No. de Identificación I.D Number

Dirección/Teléfono Address/Telephone Fecha Date Correo Electrónico E-mail