



Compañía de Seguros, S.A.

Cédula Jurídica 3-101-593961
Apartado 46-6155 Fórum 1, Santa Ana
Teléfono (506) 2503-2727 • Fax (506) 2503-2797
www.assanet.cr

Notificación de Reclamos

Salud o Accidentes Personales

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
--	---------------------------------

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

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

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

No. de Póliza

Espacio para ser completado solamente para reclamos por Accidentes Personales

Fecha del Accidente

día	mes	año
-----	-----	-----

Hora

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
------------	--------------	-------------

Si lo hay, indique el nombre del(los) médico(s) que ha tratado al paciente por alguna(s) condición(es) relacionada(s) a ésta
Name of the doctor(s) who has treated the patient for any related condition

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número _____ y _____ de fecha _____.

68M00016