

# SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS



## INFORMACIÓN PARA SE COMPLETADA POR EL ASEGURADO:

1. N° DE POLIZA CERT.		NOMBRE DE GRUPO:		2. NOMBRE DEL ASEGURADO (DUENO DE POLIZA)		FECHA NAC (DUENO DE POLIZA)		3. CEDULA		
4. TELEFONO:		5. NOMBRE DEL PACIENTE:			6. FECHA NAC DEL PACIENTE: DÍA _____ MES _____ AÑO _____			7. SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
8. DATOS PARA TRANSFERENCIA ELECTRONICA		BANCO:		N° CUENTA SIMPE:		CORREO ELECTRONICO:				
9. FAVOR DETALLE EL TOTAL DE GASTOS QUE USTED ESTA PRESENTANDO:				10. EN CASO DE ACCIDENTE, EXPLIQUE:			11. SI POSEE USTED OTRO SEGURO QUE PUDIERA CUBRIR PARTE DE LOS GASTOS, INDIQUE:			
Consulta		₡ _____		Donde:			TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> AUTO <input type="checkbox"/> ACCIDENTES PERSONALES			
Medicamentos		₡ _____		Cuando:			NOMBRE DE LA COMPANIA ASEGURADORA:			
Laboratorio		₡ _____		Como sucedió:						
Rayos X		₡ _____		Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo a las provisiones de la póliza. Asimismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo.			FIRMA: _____ FECHA: _____			
Cirugía		₡ _____								
Exámenes Especiales		₡ _____		Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/o hospital por los servicios prestados.			FIRMA: _____ FECHA: _____			
Otros		₡ _____								
Total		₡ _____								

## INFORMACIÓN PARA SE COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE:

12. Fecha en que tuvo el primer síntoma: DÍA _____ MES _____ AÑO _____		<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD		<input type="checkbox"/> ACCIDENTE		<input type="checkbox"/> EMBARAZO (FUM)	
13. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE CÓD.)						CÓDIGO	
14. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SERVICIO MÉDICO SUMINISTRADO							
FECHA	LUGAR (COD)*	DESCRIBA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O SERVICIO MÉDICO				CÓDIGO	CARGO
*Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (O) Oficina (H) Hogar (OL) Otro lugar (U) Urgencias							
15. INDIQUE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO O RAYOS X QUE USTED ORDENÓ:							
16. ¿CUÁNDO ATENDIÓ AL PACIENTE POR PRIMERA VEZ? DÍA _____ MES _____ AÑO _____		DIAGNÓSTICO:			17. NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO REFIRIÓ:		
CERTIFICO QUE ATENDÍ AL PACIENTE ARRIBA INDICADO Y QUE LAS DECLARACIONES QUE HE HECHO CORRESPONDEN A LOS SERVICIOS QUE HE PRESTADO:							
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE:			FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:			FECHA:	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:					CÉD. O RUC.		TEL. CLÍNICA

