

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

SOLO SE ACEPTAN DOCUMENTOS ORIGINALES

No: _____

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Reclamo No.: _____

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

1. COMPLETAR SECCIÓN A
2. Solicite a su médico COMPLETE SECCIÓN B
3. Si es reclamo médico de Seguro Colectivo o Accidentes Personales, entregar éste con el detalle y originales de facturas, recibos de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con recetas) que correspondan al diagnóstico.
4. Si la reclamación es producto de una incapacidad deberá adjuntarse el informe del patrono con el respectivo sello de la empresa junto con el Certificado de Incapacidad.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

RED (COPAGO)

REGULAR

1. Nombre completo del asegurado	2. Compañía	3. No. de Póliza	4. No. de Certificado	
5. Nombre del Reclamante	6. Fecha de Nacimiento día / mes / año	7. Edad	8. Sexo F M	9. País o Lugar de Atención
10. Lugar del empleo, colegio o universidad del Reclamante	11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales o auto (Póliza de auto, si el reclamo es por accidente)			
12. Cuenta bancaria IBAN del asegurado principal para reembolsos (Bajo su consentimiento cada reembolso se transferirá a esta cuenta. Favor consigne su cédula en el campo al final de esta página) CR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COLONES <input type="checkbox"/> DÓLARES <input type="checkbox"/>	COMPañÍA DE SEGURO		No. DE PÓLIZA	
13. El reclamo se hace a causa de ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/>				
14. Reclamo a causa de enfermedad. Describa la enfermedad		Fecha de primeros síntomas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	
15. Reclamo a causa de accidentes ¿Cuándo ocurrió? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO HORA a.m. p.m. ¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____				
¿La persona responsable es un tercero? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique: Nombre del Tercero Responsable: _____ Teléfono: _____ Compañía de Seguro: _____				
16. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de primera visita:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	
NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO		CLÍNICA		
NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ASISTEN EN ESTA LESIÓN		CLÍNICA		
17. ¿Estuvo hospitalizado por esta lesión?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, indique: Nombre del Hospital: _____ Fecha de Ingreso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO		
Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____ Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____				
Detalle de la Cuenta: Consulta: _____ Medicina: _____ Laboratorios: _____ Tratamientos: _____ Rayos X: _____ Otros: _____ TOTAL: _____	Por este medio certifico las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, intermediarios de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. Igualmente, autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. y a cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de póliza, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario. FIRMA DEL ASEGURADO: _____ NO. DE CÉDULA: _____ TEL.: RESIDENCIA _____ TEL.: OFICINA _____ FECHA / CIUDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____ CEL.: _____			

No: _____



FAVOR CONSERVAR ESTE TALONARIO PARA REALIZAR LA CONSULTA DEL ESTADO DEL PRESENTE RECLAMO A TRAVÉS DE NUESTRA PÁGINA WEB

Esta funcionalidad está disponible únicamente para asegurados con el nuevo carné de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. que se ilustra en la esquina superior derecha de este talonario

palig.com

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO ENCARGADO (VEASE DORSO)

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE LA RED

1. Código de Diagnóstico	Descripción de Diagnóstico	2. ¿Cuándo inició la causa básica de esta condición:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">DÍA</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MES</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">AÑO</td> </tr> </table>				DÍA	MES	AÑO
DÍA	MES	AÑO							
3. ¿Se trata de embarazo? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha de Inicio:							
4. ¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por ésta condición o alguna condición relacionada a ésta? En caso afirmativo favor indicar detalles.									
5. Favor brindar detalle del CUADRO CLÍNICO y HALLAZGOS FÍSICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado									
6. Favor indique los exámenes de LABORATORIO, RAYOS X que se necesitan									
7. Favor detallar tratamiento u operación									
8. ¿Se presentó alguna complicación? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, favor describala.							

En caso de Accidente

9. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continua y completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde: _____ Hasta: _____

10. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde: _____ Hasta: _____

Detalle de Honorarios: (Para ser llenado si el asegurado no está dentro del plan o el médico no es proveedor de la red)

Consulta: _____

Tratamientos: _____

Cirugía: _____

Otros: _____

TOTAL: _____

APLICANLE SOLO A PROVEEDORES DE LA RED. Informe de servicios o procedimientos brindados:

Fecha de Atención						Código CPT del Servicio	Nombre del Servicio o Procedimiento (Según Addendum)	Tarifa Total por Servicio	Contribución por el Asegurado	Cargo a pagar por Palic
Desde			Hasta							
D	M	A	D	M	A					
TOTALES										

LUGAR DE ATENCIÓN (Coloque una X)

1. Consultorio Médico <input type="checkbox"/>	2. Paciente Hospitalizado <input type="checkbox"/>	3. Centro Ambulatorio <input type="checkbox"/>
4. Laboratorio / Rayos X <input type="checkbox"/>	5. Sala de Urgencia <input type="checkbox"/>	6. Hogar del Paciente <input type="checkbox"/>

Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.

Firma del Médico o Proveedor y Cédula	Fecha: día / mes / año	Sello del Médico, Clínica u Hospital y Número de Registro Médico
Nombre del Médico o Proveedor		
Confeccionar Chequera nombre de		Dirección Teléfono

Reciba el pago de sus reclamos directamente a su cuenta bancaria, más rápida y eficientemente, a través del sistema SINPE. Consulte a su tenedor de póliza, intermediario de seguros o contáctenos directamente al 2204-6300.

La documentación contractual y la nota técnica que integra 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 P14-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012, y los registros números P16-35-A06-204 de fecha 4 de octubre de 2010 y P16-35-A06-212 de fecha 9 de diciembre de 2010.

Talonario para Médico Proveedor de la Red

Nombre del Paciente Asegurado			No. de Póliza	No. de Certificado
Fecha de Atención	Código CPT del Servicio	Tarifa Total por Servicio	Co-pago por el Asegurado	Cargo a pagar por Palic
GRAN TOTAL				

Firma del Asegurado _____