

Favor de contestar cada pregunta detalladamente:

I. Información para ser completada por el asegurado				
INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO TITULAR DE LA PÓLIZA:				
Nombre		Primer apellido		Segundo apellido
Número y tipo de póliza		N° póliza:	Tipo póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva	
Dirección:				
N° de identificación		Teléfono		Correo electrónico
INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE O PACIENTE				
Nombre		Primer apellido		Segundo apellido
Tipo de documento de identidad (por favor marcar el tipo)				
<input type="checkbox"/> Cédula de identidad		<input type="checkbox"/> Cédula de residencia		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro
N° de identificación		Teléfono		Correo electrónico
Relación o parentesco con el asegurado titular				
<input type="checkbox"/> Mi persona		<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Hijo (a) soltero (a) o dependiente <input type="checkbox"/> Otro. Favor indicar cuál:
Fecha de nacimiento del reclamante:		Día:	Mes:	Año:
1. Indicar otras pólizas que posea el reclamante, colectivas o individuales, nombre de la compañía de seguros y n° de póliza:				
2. ¿Recibió tratamiento o atención por algún otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (si la respuesta es positiva, explicar ¿en qué consistió y qué beneficios recibió)				
3. ¿Pre notificó esta reclamación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿En qué fecha? Día: Mes: Año:		
4. Por medio o a través de quién pre notificó?				
Espacio para ser llenado en caso de accidente				
Fecha de accidente	Día:	Mes:	Año:	Hora:
5. Descripción del accidente (cómo sucedió y dónde):				
Espacio para ser llenado en caso de enfermedad				
6. ¿En qué fecha se manifestaron los primeros síntomas?		Día:	Mes:	Año:
7. Describa la dolencia o enfermedad:				
8. ¿Ha recibido tratamiento por esta enfermedad anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso de afirmativo, favor indicar fecha, si estuvo hospitalizado, días de estancia, tipo de tratamiento o cirugía.				
9. Nombre del médico tratante del reclamante:				
10. Dirección de médico tratante:				
Autorizo por la presente a cualquier médico, hospital, clínica, persona física o jurídica, institución pública o privada, compañía de seguros, Bureau de Información médica que tenga cualquier información de mi persona o de mi salud a brindársela a ASSA Compañía de Seguros, S.A. sucursal en Costa Rica, incluyendo la transcripción, reproducción digital o fotocopiado de mis expedientes clínico y/o admirativos completos. Esta información incluye tratamientos por enfermedad mental y/o uso de drogas y alcohol.				
Firma del reclamante		Lugar		Fecha de consulta
				Día Mes Año

II. Información para ser completada por el médico tratante:				
Nombre completo del paciente:				
Nombre		Primer apellido		Segundo apellido
La atención se brinda por: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Emergencia				
1. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o accidente:				
2. Indique la fecha de ocurrencia de la emergencia o accidente o de los primeros síntomas de la enfermedad				
3. ¿En qué fecha atendió al paciente por primera vez, por esta condición, lesión o enfermedad?				
4. ¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición, lesión o enfermedad o alguna condición, lesión o enfermedad relacionada? En caso de afirmativo favor indicar detalles.				
5. Nombre y dirección del centro médico donde el paciente fue atendido con anterioridad:				
Describe los procedimientos y servicios brindados:				
Fecha	Lugar en que se efectuó	Describir los procedimientos, servicios, exámenes etc., realizados en cada fecha, indicar el código de procedimientos médico quirúrgicos (CPT)	Código CPT	Cargos (costos)
Nombre del médico tratante:		Número de registro médico		
N° de identificación		Dirección		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