



El Roble
Seguros y Fianzas

FORMULARIO DE RECLAMACION PARA GASTOS MEDICOS

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.

SECCION "A" DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por mi
por mi esposo (a) por mi hijo(a)

1. Nombre del Paciente _____

2. Fecha de Nacimiento _____ DIA / MES / AÑO Sexo Femenino Masculino

3. Indique la índole de la dolencia _____

4. Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI NO En caso afirmativo indique:
¿Cuándo ocurrió? _____ DIA / MES / AÑO A las _____ A.M. P.M. ¿Dónde ocurrió? _____
¿Cómo ocurrió? _____

5. En caso de enfermedad, cuándo comenzó? _____ DIA / MES / AÑO

6. Nombre y Dirección del primer médico consultado _____

7. Dé la fecha de la primera visita _____ DIA / MES / AÑO

8. Nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad _____

9. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI NO En caso afirmativo indique:
Nombre del Hospital _____ Fecha de Admisión: _____ DIA / MES / AÑO

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus Registros Clínicos) pertenecientes a este reclamo. También certifico estar enterado de la aplicación del ARTICULO 915 del Código de Comercio "EXTINCION DE RESPONSABILIDAD": Que si con el fin de hacerle incurrir en error se disimulación o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones, el Asegurador quedará exento de sus obligaciones.

Nombre del Asegurador titular: _____

Dirección: _____

No. Cédula: _____ Tel.: _____ Fecha: _____ DIA / MES / AÑO Firma del Asegurado: _____

ADJUNTE POR SEPARADO LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE CLINICA DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (Cirujano, Anestesiista, Ayudante, Radiólogo, Laboratorista, Hospitales, Medicinas, Etc.)

SECCION "B" DEBE SER COMPLETADA POR: ASEGURADOR TITULAR

1. Nombre del Asegurado Titular: _____

2. Fecha efectiva de su cobertura en el seguro (Asegurado Titular) _____

3. Nombre del familiar dependiente (si corresponde) _____

4. Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro (Asegurado Dependiente) _____

5. No. de Póliza _____ Afiliada _____ No. de Certificado _____

6. ¿Trabajaba el asegurado cuando comenzó la incapacidad? SI NO

7. ¿Se debe esta reclamación a lesión o dolencia contraída de o durante el empleo? SI NO

8. ¿Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad? SI NO

9. ¿Recomienda que se pague esta reclamación? SI NO

10. **PARA COMPLETAR UNICAMENTE EN CASO QUE SU POLIZA SEA CONTRATADA POR LA EMPRESA EN QUE TRABAJA**

Nombre del Contratante _____

Fecha _____ DIA / MES / AÑO Nombre _____

Firma Autorizada _____ Cargo _____

SELLO DE LA EMPRESA

SECCION "C" DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ASISTENTE

Favor completar cada una de las preguntas con el mismo tipo de letra

1. Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

2. Dé su diagnóstico completo _____ Describa el tratamiento _____

3. Fecha del primer examen _____ / _____ / _____ Dónde se efectuó _____
DIA MES AÑO

4. Fecha que la enfermedad fue diagnosticada por primera vez _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

5. Según su opinión qué tiempo de evolución lleva la lesión o enfermedad diagnosticada? _____

6. ¿Ordenó usted la hospitalización? SI NO ; En caso negativo indique el nombre del médico que la ordenó _____

¿En qué Hospital? _____

Indique fecha de admisión _____ / _____ / _____ Fecha de Salida _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

7. Si se practicó Cirugía, describa la operación (Incluya todos los procedimientos realizados) _____

8. Dé las fechas en que atendió al paciente:

En el Hospital _____ / _____ / _____ Total _____ Visita a Q. _____ c/u
DIA MES AÑO

En la Casa _____ / _____ / _____ Total _____ Visita a Q. _____ c/u
DIA MES AÑO

En la Clínica _____ / _____ / _____ Total _____ Visita a Q. _____ c/u
DIA MES AÑO

9. ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado o ha recibido tratamiento por esta condición, debido a la misma causa?

SI NO ; En caso afirmativo, indique:

Fecha de Hospitalización _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

Nombre del Hospital _____ Diagnóstico _____

Si fue tratado o referido por otro Médico, indique su nombre _____

10. Según su opinión ¿Fue causado el padecimiento por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación?

SI NO ; En caso afirmativo explique detalladamente: _____

11. Según su opinión el anterior padecimiento se debió únicamente al accidente sufrido SI NO

12. ¿Se debe su condición a embarazo? SI NO ;

En caso afirmativo dé la fecha que se inició el embarazo _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

13. ¿Ha sido la enfermedad bastante seria para impedir que el paciente trabaje? SI NO

14. Considera que el paciente ha quedado completamente curado SI NO ; En caso negativo cuánto tiempo

habrá necesidad de seguir algún tratamiento _____

Observaciones _____

Nombre del Médico _____

Firma y Sello del Médico _____

Fecha _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

SEGUROS EL ROBLE, S. A. REEMBOLSA LOS HONORARIOS MEDICOS COBRADOS, DEPENDIENDO DE LAS CONDICIONES INDIVIDUALES DE LA POLIZA CONTRATADA. EN NINGUN CASO SERAN RECONOCIDOS COMO GASTOS CUBIERTOS AQUELLOS QUE NO SEAN RAZONABLEMENTE NECESARIOS. NI SE PAGARA ALGUNO EN EXCESO DE LA CANTIDAD QUE USUALMENTE DEBA RECONOCERSE POR EL SERVICIO O MEDICAMENTO QUE SE TRATE.