



**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.