



# ASEGURADORA GENERAL, S. A.

GUATEMALA, GUATEMALA, C. A.



## FORMULARIO DE RECLAMACION PARA GASTOS MEDICOS Y ACCIDENTES PERSONALES

IMPORTANTE: Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo conteste todas las preguntas detalladamente:

### SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre de la Empresa para la cual labora el asegurado principal: \_\_\_\_\_

Nombre completo del Asegurado principal: \_\_\_\_\_

Por este medio solicito el pago de los Gastos Médicos incurridos por: MI  ESPOSO (A)  HIJO (A)

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

#### En caso de Accidente:

Indique cuándo ocurrió: \_\_\_\_\_ Donde ocurrió: \_\_\_\_\_

Cómo ocurrió: (Practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc.) \_\_\_\_\_

#### En caso de enfermedad:

Describa los síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha en que dió inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera consulta: \_\_\_\_\_

Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:

Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ CUANDO: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo favor indicar el nombre, dirección y teléfono del tratante y de todos los médicos que lo asistieron por esta enfermedad: \_\_\_\_\_

#### En caso de maternidad:

Fecha de inicio del Embarazo: \_\_\_\_\_

Fecha del parto o aborto: \_\_\_\_\_

#### EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

Nombre, dirección y teléfono del primer médico consultado y de otros médicos que prestaron sus servicios:

\_\_\_\_\_

TIENE SEGURO CON OTRA COMPAÑÍA: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa favor indicar el nombre y número de póliza: \_\_\_\_\_

*Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verdicas y cabales, segun mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a la Compañía de seguros que ampara la presente póliza, cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.*

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**NO OLVIDE ADJUNTAR LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE HOSPITAL, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANOS, ANESTESISTA, RADIOLOGO, LABORATORISTA, RESULTADOS DE LABORATORIO, MEDICINAS, RECETAS Y RX.)**

**SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE**

Favor completar todas y cada una de las preguntas con letra clara

1. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )
2. Fecha de primera consulta por esta incapacidad: \_\_\_\_\_
3. De su diagnóstico completo: \_\_\_\_\_
4. Según su opinión cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión: \_\_\_\_\_
5. Fecha inicial del tratamiento: \_\_\_\_\_
6. Ordenó usted hospitalización: Si ( ) No ( ) En caso negativo nombre del médico que la ordenó: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
7. Si el paciente fué referido por otro médico o hay otro médico involucrado favor citar:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**PARA SU COMODIDAD FAVOR COMPLETAR UNICAMENTE LA SECCION QUE CORRESPONDE AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO**

**TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Número de visitas en clínica: \_\_\_\_\_ Valor por visita: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_  
Número de visitas a domicilio: \_\_\_\_\_ Valor por visita: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO HOSPITALARIO**

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_  
Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_ Fecha de Egreso: \_\_\_\_\_  
Si no hay cirugía: Describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones: \_\_\_\_\_  
Número de visitas dentro del hospital: \_\_\_\_\_ Valor por visita: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_  
(Solo para casos en los que no hay cirugía involucrada). Honorarios por Tratamiento: \_\_\_\_\_  
Si hay cirugía: Indique el nombre del o los procedimientos realizados:  
\_\_\_\_\_  
Número de Código RVS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Número de Código RVS: \_\_\_\_\_  
Honorarios por procedimiento quirúrgico: \_\_\_\_\_

**MATERNIDAD**

Si el reclamo es por maternidad indique:  
Fecha aproximada de fecundación: \_\_\_\_\_ Fecha de parto o aborto: \_\_\_\_\_  
Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

Nota: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales y a otras instituciones a que otorguen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los informes que se refieran a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tienen el valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico.

Nombre y Sello del Médico: \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_  
Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**LA COMPAÑIA DE SEGUROS reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.**