



La Seguridad de C. A., Cía de Seguros, S. A.  
 7a. Av. 12-23, Zona 9, Edificio Etisa.  
 1er. Nivel, Oficina AIG, Guatemala  
 Tel.: (502) 2285-5960 Fax: (502) 2361-3026

## FORMULARIO DE RECLAMACION PARA GASTOS MEDICOS

**IMPORTANTE:** Con la finalidad de procesar su reclamo rápidamente, le agradeceremos contestar todas las preguntas en forma detallada.

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

Nombre de la Empresa para la cual labora: \_\_\_\_\_

Nombre completo del asegurado: \_\_\_\_\_

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 cuando ocurrió: \_\_\_\_\_ (Hora): \_\_\_\_\_ Donde ocurrió: \_\_\_\_\_

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

#### En caso de Enfermedad:

Describa los síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha en que dio 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 médico y fecha en que fue diagnosticada:

\_\_\_\_\_

#### 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 COMPAÑIA: 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 verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otro para que suministren a LA SEGURIDAD DE CENTROAMÉRICA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A. cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, (expediente del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc. pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la compañía de Seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.

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

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

**FAVOR NO OLVIDE DE ADJUNTAR FACTURAS DETALLADAS DE TODOS LOS GASTOS EN QUE INCURRIO POR ESTA INCAPACIDAD, ÓRDENES Y RESULTADOS DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, Y RECETAS DE MEDICINAS.**

### SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE.

Trabajaba el asegurado cuando comenzó la incapacidad: SI  NO

Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad: SI  NO

Recomienda que se pague esta incapacidad: SI  NO

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha efectiva del seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de empleo: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa contratante: \_\_\_\_\_

Póliza Número: \_\_\_\_\_ Certificado Número: \_\_\_\_\_ Categoría o Clase: \_\_\_\_\_

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ SELLO DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

**SECCION "C" PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE.**

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 cuando 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 fue referido por otro médico o hay otros médicos involucrados 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 exclusivamente: _____

**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 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 tiene 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 que obra en mi poder.

Nombre y Sello del Médico: \_\_\_\_\_ Colegiado No.: \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_ 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.**

**SECCION PARA SER COMPLETADA POR LA COMPAÑIA CONFORMACION DE COBERTURAS**

Empleado asegurado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dependiente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cobertura de Gastos Médicos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Póliza No.: _____	Certificado No.: _____	Plan: _____	Fecha inclusión al plan: _____
Primas pagadas hasta: _____	Revisado por: _____	Fecha: _____	