

Para obtener reembolso del IVA, favor solicitar todas las facturas a nombre de Seguros de Occidente, S.A. Nit.: 170264-5, y debe presentar las facturas en un plazo de 45 días

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

SECCIÓN 1: 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 cuando ocurrió: _____ Donde Ocurrió: _____

Cómo ocurrió: (Practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehiculos, 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 tratante y de todos los doctores que lo asistieron por esta enfermedad.

En caso de maternidad:

Fecha de inicio del embarazo: _____

Fecha de parto, cesárea o aborto: _____

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

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

TIENE SEGURO MÉDICO 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 adjunto son verídicas y cabales, según 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 al 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: _____

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

SECCIÓN II: PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE. (NO APLICA AL PLAN MEDIPLUS)

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: _____

Nombre del Dependiente: _____

Fecha efectiva del seguro: _____

Poliza Número: _____ Certificado Número: _____ Categoría o Clase: _____

Firma Autorizada: _____ Cargo: _____

Fecha: _____ SELLO DE LA EMPRESA: _____

SECCIÓN III: PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE.

- 1) Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: M F
- 2) Fecha de la primera consulta por esta incapacidad: _____
- 3) Dé 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 fue referido por otro médico o hay otros médicos involucrados favor citar:
Nombres: _____ Direcciones: _____ Teléfonos: _____

PARA SU COMODIDAD FAVOR COMPLETAR ÚNICAMENTE LA SECCIÓN 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: _____ Hora: _____ Fecha de Egreso: _____ Hora: _____
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: _____
Honorarios por Tratamiento: Q. _____ Honorarios por Cirugía Q. _____
Si hay cirugía: Indique el nombre del o de los procedimientos realizados y el código de la Tabla de California, aceptada para uso en Guatemala _____

MATERNIDAD

Fecha aproximada de fecundación: _____ Fecha de parto, cesárea o aborto: _____

Si el paciente va a continuar en tratamiento, médico favor indicar por cuánto 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 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: _____ Fecha: _____

LA COMPAÑÍA 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.