

FORMULARIO DE RECLAMACION SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE Y CON LETRA CLARA
(De preferencia completar el formulario a máquina o con letra de molde)

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO:

Nombre de la Empresa para la cual labora: _____

Nombre completo del empleado: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Dirección particular: _____ Tel: _____

Nombre completo del dependiente por el cual presenta la reclamación: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Parentesco con el asegurado: _____

¿Tiene seguro con otra compañía? Si _____ No _____ Especifique: _____

¿Ha presentado algún reclamo anteriormente? _____ En caso afirmativo indique cuándo y diagnóstico: _____

En caso de ACCIDENTE indique:

¿Cuándo ocurrió? (FECHA): _____

¿Cómo ocurrió? (Practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículo, riñas, etc.) _____ (HORA): _____

Lugar del accidente: _____

En caso de ENFERMEDAD indique:

Fecha de inicio de la enfermedad: _____ Fecha de la primera consulta: _____

¿Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente? Si _____ No _____

¿Ha sido diagnosticada esta enfermedad anteriormente? Si _____ No _____

En caso afirmativo favor indicar el nombre del médico tratante y la fecha en que fue diagnosticada: _____

Si es por MATERNIDAD indique:

Fecha de inicio del embarazo: _____

Fecha del parto o aborto: _____

Si es por CHEQUEO MEDICO indique:

Fecha inicial: _____

Causa: _____

Si es por OTRA RAZONES (Psiquiatría, Odontología, Cirugía Estética, etc.) indique:

Fecha de la primera consulta: _____

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS indique:

Nombre, dirección y teléfono del primer médico consultado: _____

Fecha de la primera consulta: _____

Nombre de los otros médicos que han prestado sus servicios: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verificadas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones, y otros para que suministren a SEGUROS G & T, S. A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, (expedientes 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: _____ de _____ de _____ Firma del Empleado: _____

Adjunte por separado las facturas detalladas de todos los gastos en que incurrió por esta incapacidad los cuales deben cumplir los requisitos de ley.
Incluir remesa de documentos.

SECCION B: PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE:

Póliza No.: _____ Certificado No.: _____

Nombre del empleado: _____

Fecha de ingreso a la empresa donde labora: _____

Fecha efectiva de su cobertura en el seguro: _____

Nombre del dependiente (por el cual se presenta la reclamación): _____

Fecha efectiva de su cobertura en el seguro: _____

¿Trabajaba el empleado en esa Empresa cuando inició la incapacidad?: Si _____ No _____

¿Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad?: Si _____ No _____

En caso afirmativo, (Cuándo): _____

¿Recomienda que se pague esta reclamación?: Si _____ No _____

En caso negativo, ¿Por que? _____

Nombre de la Empresa Contratante: _____

Nombre y Firma de la Persona autorizada: _____

NOMBRE

FIRMA

Sello del contratante

Fecha: _____

SECCION C: PARA SER COMPLETADA UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR SU MEDICO:

FAVOR DE COMPLETAR CADA UNA DE LAS PREGUNTAS CON EL MISMO TIPO DE LETRA

1. Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

2. Dé su diagnóstico completo y describa tratamiento: _____

3. Fecha de primera consulta: _____

4. Fecha en que la enfermedad fue diagnosticada por primera vez: _____

5. Según su opinión ¿Cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión?: _____

6. ¿Ordenó usted hospitalización?: _____ En caso negativo dé el nombre del médico que lo ordenó: _____

Nombre del Hospital: _____

Admitido: _____ a las _____ Horas

Salida: _____ a las _____ Horas

7. Si se practicó cirugía, describa la operación: _____

Honorarios por cirugía, únicamente. (Excluya honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.) Q. _____

8. Dé todas las fechas en que atendió al paciente: _____

En el Hospital _____ No. de Visitas _____ a Q. _____ c/u Total Q. _____

En la Clínica _____ No. de Visitas _____ a Q. _____ c/u Total Q. _____

En el Domicilio _____ No. de Visitas _____ a Q. _____ c/u Total Q. _____

9. ¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o ha recibido tratamiento médico por esta condición, debido a la misma causa: _____

En caso afirmativo, indique: _____

Fecha de Hospitalización o tratamiento: _____

Nombre del Hospital: _____

Diagnóstico: _____

Si fue remitido por otro médico citar: _____

10. Según su opinión: ¿Fue causada la incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación? _____

En caso afirmativo, explique detalladamente: _____

11. Según su opinión: ¿la incapacidad se debió únicamente a accidente sufrido? _____

12. ¿Se debe la condición a embarazo? _____ En caso afirmativo, dé la fecha aproximada en que se inició el embarazo? _____

13. ¿Ha sido la enfermedad bastante seria para impedir que el paciente trabaje? _____

14. ¿Considera usted que el paciente ha quedado completamente curado? _____

En caso negativo, ¿Cuánto tiempo habrá necesidad de seguir algún tratamiento? _____

OBSERVACIONES: _____

Nombre del Médico tratante: _____ Colegiado No.: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma y sello del médico: _____ Fecha: _____

SEGUROS G&T, S.A. reembolso los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la Póliza contratada. En nungún 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 ASEGURADORA
CONFIRMACION DE COBERTURA EN GASTOS MEDICOS

Empleado asegurado Si No Dependiente Si No Cobertura de Gastos Médicos Si No

Nombre del dependiente: _____ Fecha de inclusión al plan (Dependiente)

Certificado No.: _____ Fecha de inclusión al plan (Asegurado Principal)

Observaciones: _____ Revisado por: _____ Fecha: _____

CONFIRMACION DE PRIMAS

Primas pagadas hasta: _____

Observaciones: _____

Verificado: _____ Fecha: _____

Retener: _____ Autorizado: _____ Fecha: _____