

**FORMULARIO PARA REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS
SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES -ESCOLAR**

CONTRATANTE: _____ Póliza No.: _____ Certificado No. : _____

1.- Nombre Completo: _____

2.- No. de Cédula: _____

3.- Fecha de nacimiento: _____ 4.-Edad: _____ años

5.- Teléfono _____ 6- Ocupación: _____

7.- ¿Ha presentado algún reclamo anteriormente? SI _____ NO _____

En caso afirmativo indique cuándo y diagnóstico _____

INDIQUE LOS SIGUIENTES DATOS SOBRE EL ACCIDENTE:

1. ¿Cuándo ocurrió? (FECHA) _____ (HORA) _____

2. ¿Cómo ocurrió? _____

3. Lugar del Accidente: _____

Firma del Asegurado (Padre o Encargado)

Fecha

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

PARTE PARA SER COMPLETADA UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR SU MEDICO

1. Nombre del Paciente: _____
2. Dé su diagnóstico completo y describa el tratamiento: _____

3. Nombre del Hospital: _____
4. Fecha de Ingreso: _____ 5. Hora de Ingreso: _____
6. Fecha de Egreso: _____ 7. Hora de Egreso: _____
8. Si se práctico cirugía, describa la operación: _____

OBSERVACIONES:

Nombre del Médico tratante: _____ Colegiado No.: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma y Sello del médico: _____

Fecha: _____

* Se 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 medicamentos que se trate.