SEGUROS DEL PAÍS

GVFR-067 V1

FORMATO DE RECLAMACIÓN
GASTOS MÉDICOS

DATOS GENERALES

Contratante:	
Nombre del Paciente:	Edad

Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia:
Nombre del médico consultor:

Tiene otro tipo de cobertura médica?:	SI _____	NO_____
Nombre de la Compañía:		

Detalle de Gastos Ambulatorios	**Valor del Gasto**
Consulta Médica	
Rayos X	
Laboratorio	
Medicinas	
Otros	
Total de gastos presentados:	

Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo, Autorizo a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, Institución o empresa que prestó algún servicio médico para suministre a Seguros del País, S.A. todos los informes que requiera incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

Observaciones:
Número de documentos que acompañan este formato:

Lugar y Fecha:

Nombre del Empleado:

Firma del Empleado	Firma y Sello del Contratante

RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTE ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRÁMITE.