

UNIDAD DE NEGOCIOS
PLAN INDIVIDUAL DE SALUD



FORMULARIO DE RECLAMACION



Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo conteste cada una de las preguntas descritas en todas las secciones de este formulario.

SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL TITULAR

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por Gastos Médicos incurridos por mi por mi esposo(a) por mi hijo(a)

1. Nombre del paciente: _____

8. Dé la fecha de la primera visita: _____
DIA MES AÑO

2. Fecha de Nacimiento: _____

9. Dé nombre, dirección y teléfono de su Médico actual y de todos los otros Médicos que lo asisten por esta enfermedad.

Sexo: Femenino Masculino

3. ¿ Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI NO

4. Indique la índole de la dolencia: _____

10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia?

SI NO En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: _____

Fecha de Admisión: _____
DIA MES AÑO

5. ¿ Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI NO

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____

A las: _____ A.M. P.M.

¿Donde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

11. ¿Están los gastos de este reclamo cubiertos por otra póliza de

Gastos Médicos? SI NO En caso afirmativo indique:

Compañía de Seguros: _____

Número de Póliza: _____

Fecha de Vigencia: _____

6. En caso de enfermedad. ¿ Cuándo comenzó?

_____ DIA MES AÑO

7. Nombre y Dirección del primer Médico consultado? _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verdicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron, y a todos los Hospitales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus archivos) pertenecientes a este reclamo.

IMPORTANTE

- Para procesar rápidamente el reclamo, este formulario debe ir acompañado de los siguiente documentos originales. (no fotocopias) tal como se indica en el Instructivo anexo a su certificado de seguro.
- Recibos de honorarios profesionales, con indicación a quien fueron prestados los servicios y detallando número de consultas y honorarios por cirugía.
- Facturas del Hospital, detallando número de días de hospitalización, costo por día, tipo de cuarto, así como otros gastos que facture el Hospital.
- Facturas de Laboratorio, acompañadas de la orden del Médico indicado para quien fueron ordenados los exámenes (Cuando no haya hospitalización).
- Facturas detalladas de medicinas, acompañadas de su receta indicando a quien fueron recetadas, así como dosis. Frecuencia y periodo de tratamiento.

Nombre del Titular

Firma del Titular

Fecha _____
DIA MES AÑO

No. de Póliza: _____ No. de Certificado: _____

SECCION B: DEBE SER COMPLETADA UNICAMENTE POR EL MEDICO ASISTENTE

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

2. ¿Se debe su condición a embarazo? SI NO En caso afirmativo, dé la fecha aproximada en que se inició el embarazo _____
DIA MES AÑO

3. Dé su diagnóstico completo: _____

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

5. ¿ En que Hospital o Clínica se practicó la cirugía? _____

6. Si no se practicó Cirugía. Describa ampliamente el tratamiento **HOSPITALARIO** **AMBULATORIO**

7. ¿Ordenó usted hospitalización? SI NO En caso negativo, indique el nombre del Médico que la ordenó: _____

8. Indique Fecha de Admisión: _____ Fecha de salida: _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

9. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:

En el Hospital _____ Total _____ Visitas (a) Lps. _____ c/u
 En la casa _____ Total _____ Visitas (a) Lps. _____ c/u
 En el consultorio _____ Total _____ Visitas (a) Lps. _____ c/u

10. Según su opinión: ¿Cuando se originó la causa básica de esta enfermedad o accidente? _____
DIA MES AÑO

11. ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado por esta condición debido a la misma causa? SI NO En caso afirmativo indique: _____

HOSPITAL	FECHA HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO

Nombre del Médico _____ Firma y Sello del Médico _____

Fecha _____
DIA MES AÑO

AGRADECEMOS SU COLABORACION DE LLENAR COMPLETAMENTE ESTE FORMULARIO.

OBSERVACIONES: _____

ADVERTENCIA
 Código de Comercio

Artículo 1141: Las declaraciones inexactas y las retenciones del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurado no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o con culpa grave.

Artículo 1143: En los seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si éstos tuvieren noticias de la inexactitud de las declaraciones o de las retenciones, se aplicarán en favor del asegurador las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero.