

Formulario de reclamación seguro colectivo de gastos médicos



Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo conteste cada pregunta detalladamente y con letra clara

SECCIÓN A: Para ser completada por el empleado

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|
| 1. Nombre de la Empresa para la cual labora el Asegurado Titular: | | | | |
| 2. Nombre completo del Asegurado Titular: | | | | |
| 3. Nombre completo del Reclamante: | | | | |
| 4. Edad: | Sexo: | Estado Civil: | Ocupación: | Parentesco con el Asegurado: |
| 5. ¿Tiene seguro con otra Compañía? Especifique: | | | | |
| 6. En caso de ACCIDENTE : | | | | |
| ¿Cuándo ocurrió?: | | ¿Dónde ocurrió?: | | |
| ¿Cómo ocurrió? | | | | |
| 7. En caso de ENFERMEDAD : | | | | |
| Fecha de inicio de la enfermedad: | | Fecha de la primera consulta: | | |
| 8. ¿Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | |
| 9. ¿Le ha sido diagnosticada esta enfermedad anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> en caso afirmativo indicar el nombre del médico tratante y la fecha en que fue diagnosticada: | | | | |
| 10. En caso de MATERNIDAD : | | | | |
| Fecha de inicio de embarazo: | | Fecha del parto o aborto: | | |
| 11. 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 esta enfermedad: | | |

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas e instituciones y otros para que suministren a SEGUROS AGROMERCANTIL, 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 Asegurado Titular: |
| Dirección: | | | Teléfono: |

Adjunte por separado las facturas detalladas de todos los gastos en que incurrió por esta enfermedad, órdenes y resultados de exámenes de diagnóstico y recetas de medicinas

SECCIÓN B: Para ser completada por el contratante

| | |
|------------------------------------------------------------------|------------------|
| Póliza No.: | Certificado No.: |
| Nombre del empleado: | |
| Fecha de ingreso a la empresa donde labora: | |
| Fecha de inicio de su cobertura en el seguro: | |
| Nombre del dependiente (por el cual se presenta la reclamación): | |
| Fecha de inicio de su cobertura en el seguro: | |
| Nombre de la Empresa contratante: | |
| Nombre y firma de la Persona autorizada: Nombre | Firma |

Fecha

SECCIÓN C: Para ser completada única y exclusivamente por el médico tratante

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 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 ¿Qué tiempo de evolución lleva la lesión o enfermedad diagnosticada? | | |
| 6. ¿Ordenó usted Hospitalización?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo dé el nombre del médico que la ordenó: | | |

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: | Fecha de Egreso: | |
| 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: |

(Sólo para casos en los que no hay cirugía involucrada). Honorarios por tratamiento médico:

Si hay cirugía: Indique el nombre del o los procedimientos realizados:

| | |
|--|-----------------------|
| | Número de Código RVS: |
| | Número de Código RVS: |

Honorarios por procedimiento (s) quirúrgico (s) exclusivamente:

MATERNIDAD

Si es por maternidad indique:

| | |
|------------------------------------------------|--------------------------|
| Fecha aproximada en que se inició el embarazo: | Fecha de parto o aborto: |
|------------------------------------------------|--------------------------|

Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuanto tiempo:

OBSERVACIONES:

| | |
|----------------------------|---------------|
| Nombre y sello del Médico: | Colegiado No. |
| Dirección y teléfono: | Fecha: |

SEGUROS AGROMERCANTIL, Reembolsa los honorarios médicos cobrados, dependiendo de las condiciones individuales de la Póliza de Seguro Médico 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.

**SECCION PARA SER COMPLETADA POR LA ASEGURADORA
CONFIRMACION DE COBERTURAS Y PRIMAS**

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Empleado Asegurado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependiente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cobertura de Gastos Médicos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Nombre del dependiente: | Fecha de inclusión al plan (Dependiente) | |
| Certificado No.: | Fecha de inclusión al plan (Asegurado Titular) | |
| Observaciones: | Revisado por: | Fecha: |
| Primas pagadas hasta: | Verificado: | Fecha: |
| Retener: | Autorizado: | Fecha: |
| Observaciones: | | |