



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
Seguro Médico Hospitalario

PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO				
1. Nombre del Asegurado (dueño de póliza)		2. Nombre del Grupo o Empleador		3. Número de Póliza
5. Nombre del Paciente		6. Cédula	7. Fecha de nacimiento	8. Sexo
			Día / Mes / Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		9. Parentesco		
		Asegurado _____ Hijo _____ Cónyuge _____ Otros _____		
10. Posee otro seguro de salud o gastos médicos		11. Nombre de la CIA Aseguradora y número de Póliza		12. Total de Gastos
Sí _____ No _____				Consulta \$
13. El reclamo se hace a causa de:		Enfermedad _____ Accidente _____		Exámenes Especiales \$
En caso de enfermedad				Laboratorios/Rayos X \$
¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?				Medicamentos \$
				Honorarios \$
En caso de accidente				Cuarto Urgencia \$
¿Cuándo ocurrió?		¿Dónde ocurrió?		Hospitalización \$
¿Como ocurrió?				Menos Copago/ Deducible (\$ _____)
				TOTAL
<p>Certifico que son correctas y verdaderas las respuestas anteriores y se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos. Así mismo autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren a Assicurazioni Generali información completa para el procesamiento de este reclamo.</p>				
_____			_____	
Fecha y Ciudad			Firma del Paciente o Empleado Asegurado	

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO O PROVEEDOR				
14. Diagnóstico Actual				ICD - 9
15. Informe de Servicios:				
Fecha de Servicio	Lugar	Descripción del Servicio Prestado	Código - CPT	Cargos
				\$
				\$
				\$
16. Detalle de exámenes de laboratorios, RX o medicamentos que Usted ordenó:				
17. En caso de paciente femenino: ¿se debe éste a embarazo? SÍ _____ NO _____ Fecha aproximada de comienzo de embarazo: día _____ mes _____ año _____				
18. ¿Ha recibido el paciente anteriormente algún tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta? SÍ _____ NO _____				
En caso afirmativo, favor detallar:				
Nombre del Médico: (Letra imprenta)		Cédula o RUC:		D.V.
Registro Médico:		Teléfono:		
Especialidad:		Dirección del lugar de atención:		
Certifico que son correctas y exactas las declaraciones que corresponden al paciente arriba indicado				
_____			_____	
Fecha y Ciudad			Firma del Médico y Sello	