

FORMULARIO DE RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS



Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo en las dos secciones de este formulario, todas las preguntas descritas deben ser contestadas.

SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

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

1. Nombre del paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Femenino Masculino

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

4. Indique la Indole de la dolencia: _____

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

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____
DIA MES AÑO

A las _____ A.M. P.M.

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

6. En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó?

DIA MES AÑO

7. ¿Nombre y dirección del primer Médico consultado? _____

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

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

10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia?

SI NO En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: _____

Fecha de Admisión: _____
DIA MES AÑO

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

Gastos Médicos? SI NO En caso afirmativo indique:

Compañía de Seguros: _____

Número de Póliza: _____

Fecha de Vigencia: _____

12. Importante: Favor indicarnos la dirección y teléfono a donde podemos comunicarnos si fuera necesario.

Tel: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

Fecha: _____
DIA MES AÑO

No. de la Tarjeta de Crédito

