

FORMULARIO DE RECLAMO

Para ser completado por el médico tratante

I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Nombre del Asegurado Principal (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Número de Póliza

Celular

Correo electrónico

II- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente (2 apellidos, primer nombre e inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento
Mes/Día/Año

Sexo

M
 F

Relación con el Asegurado Principal Cónyuge Hijo Otro

III- DETALLES DEL DIAGNÓSTICO, LESIONES O ACCIDENTES:

¿Está relacionada esta condición con un accidente? Si No

Si la respuesta es "SI", ¿fue la lesión causada por el acto u omisión de una persona diferente al paciente? Si No

Diagnóstico, naturaleza de la lesión o enfermedad:

Fecha de la lesión o enfermedad

Fecha de la primera consulta médica con referencia a esta condición o accidente

¿Síntomas similares ocurridos previamente? Si No Si la respuesta es "SI", ¿cuando?

IV- PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON UNA HOSPITALIZACIÓN:

Nombre del Hospital

Periodo de hospitalización.

Desde

Hasta

V- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS:

¿En conexión con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ha usted sometido o someterá reclamos, contra otra póliza de seguros médicos? Si la respuesta es "SI", por favor proporcione: Si No

Condición como asegurado: Titular Dependiente

Nombre de la Compañía

Número de Póliza

VI- MÉTODO DE REEMBOLSO:

Cheque Transferencia bancaria. Solicitar formulario a serviciogua@paligpc.com

