

**FORMULARIO DE RECLAMO DE GASTOS
SEGURO COLECTIVO MEDICO HOSPITALARIO**

1. SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Nombre del Patrono o Contratante: _____

No. de Póliza: _____ No. Certificado _____ Vigencia de la Póliza, Desde _____

Nombre del Asegurado Titular: _____

Nombre del Paciente: _____

Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ Sexo F M

¿Fue causada la dolencia por un accidente? SI NO en caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió? Día ____ Mes ____ Año ____

¿Dónde y cómo ocurrió? _____

¿En caso de enfermedad, en qué fecha comenzó? Día ____ Mes ____ Año ____ Referencias Médicos consultados: _____

NOMBRE	ESPECIALIDAD	TELEFONO
1° Médico		
Médico Actual		

Si ha estado hospitalizado por esta dolencia, indique:

NOMBRE HOSPITAL O CLINICA	FECHA ENTRADA	FECHA SALIDA

Solicitud de Reembolso: Nuevo Continuación Total gastos presentados US\$ _____

¿La causa del padecimiento está relacionado con el empleo? SI () NO () **Origen de los gastos:** Consulta externa () Hospitalización ()

Declaro que estos datos son verdaderos y autorizo a los médicos, hospitales y otras personas e instituciones que me atendieron, para que suministren a FEDECREDITO VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS, cualquier información relacionada con este reclamo y si existiese falsedad en la información, la compañía no estará obligada a pagar ningún reclamo.

Firma del Asegurado

Teléfono

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

2. SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

Este empleado está Asegurado bajo el certificado No. _____ Inscrito en la Póliza el ____ de ____ de ____

Que ingresó al empleo el ____ de ____ de ____ ¿Reclama por Dependiente? SI NO

En caso afirmativo dé el nombre del Dependiente: _____

¿Se debe esta reclamación a lesión o dolencia contraída durante el empleo? SI NO

¿Tiene derecho a dichos beneficios? SI NO Lugar y Fecha: _____

Nombre del Patrono

Firma y Sello

3. SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

Confirmo en mi condición de médico, haber asistido al paciente: _____
_____ Edad _____

Diagnóstico principal y condiciones concurrentes: _____

En caso de paciente femenino, ¿se debe la condición a embarazo? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, tiempo del embarazo _____

¿En que fecha comenzó la causa básica de esta condición? _____

¿Tiempo de evolución? _____

¿Ha sido tratado por la misma causa u otras? _____

En caso afirmativo explique, indique fechas, médicos, etc. _____

Describa los servicios suministrados al paciente:

Número de consultas en clínica: _____ Desde: Día ____ Mes ____ Año ____ Hasta: Día ____ Mes ____ Año ____

Si hubo hospitalización:

Fecha de ingreso Desde: Día ____ Mes ____ Año ____ Fecha de alta: Día ____ Mes ____ Año ____

Días de hospitalización _____ Nombre del Hospital _____

¿Realizó visitas por emergencia? SI NO Si el paciente estuvo en U.C.I., indicar No. de días: _____

Número de visitas hospitalarias: _____ Número de visitas U.C.I.: _____ Detalles del tratamiento médico: _____

Si se practicó cirugía, proporcione nombre de procedimientos, comenzando por el principal y luego los secundarios:

Indique el tiempo operatorio: _____ Si se requirió ayudantía, detalle el motivo: _____

Si solicitó médico para interconsulta, explique el motivo: _____

¿Quedará el paciente con algún impedimento o secuela? SI () NO () En caso afirmativo explique el motivo: _____

Tiempo de incapacidad _____ ¿Cuándo estima que el paciente se considerará curado? _____

Para efectos de pago, debe anexar resultados de estudio, exámenes de laboratorio y/o gabinete y reporte operatorio en caso de cirugías.

Nombre del Médico: _____

Dirección del Médico: _____

Teléfono No. _____ Fax: _____

Firma y Sello del Médico

JVPM