

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS



INFORMACIÓN PARA SE COMPLETADA POR EL ASEGURADO:

1. N° DE POLIZA CERT.		NOMBRE DE GRUPO:		2. NOMBRE DEL ASEGURADO (DUEÑO DE POLIZA)		FECHA NAC (DUEÑO DE POLIZA)		3. CEDULA	
4. TELEFONO:		5. NOMBRE DEL PACIENTE:			6. FECHA NAC DEL PACIENTE: DÍA _____ MES _____ AÑO _____			7. SEXO: ☐ M ☐ F	
8. DATOS PARA TRANSFERENCIA ELECTRONICA		BANCO:		N° CUENTA SIMPE:		CORREO ELECTRONICO:			
9. FAVOR DETALLE EL TOTAL DE GASTOS QUE USTED ESTA PRESENTANDO:				10. EN CASO DE ACCIDENTE, EXPLIQUE:		11. SI POSEE USTED OTRO SEGURO QUE PUDIERA CUBRIR PARTE DE LOS GASTOS, INDIQUE:			
Consulta		₡ _____		Donde:		TIPO DE SEGURO:			
Medicamentos		₡ _____		Cuando:		☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ AUTO ☐ ACCIDENTES PERSONALES			
Laboratorio		₡ _____		Como sucedió:		NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA:			
Rayos X		₡ _____							
Cirugía		₡ _____		Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo a las provisiones de la póliza. Asimismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo.					
Exámenes Especiales		₡ _____		FIRMA: _____ FECHA: _____					
Otros		₡ _____		FIRMA: _____ FECHA: _____		AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDICO Y/O HOSPITAL			
Total		₡ _____		FIRMA: _____ FECHA: _____		Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/o hospital por los servicios prestados.			

INFORMACIÓN PARA SE COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE:

12. Fecha en que tuvo el primer síntoma: DÍA _____ MES _____ AÑO _____					☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE ☐ EMBARAZO (FUM)									
13. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE CÓD.)										CÓDIGO				
14. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SERVICIO MÉDICO SUMINISTRADO														
FECHA		LUGAR (COD)*		DESCRIBA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O SERVICIO MÉDICO						CÓDIGO		CARGO		
*Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (O) Oficina (H) Hogar (OL) Otro lugar (U) Urgencias														
15. INDIQUE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO O RAYOS X QUE USTED ORDENÓ:														
16. ¿CUÁNDO ATENDIÓ AL PACIENTE POR PRIMERA VEZ? DÍA _____ MES _____ AÑO _____					DIAGNÓSTICO:					17. NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO REFIRIÓ:				
CERTIFICO QUE ATENDÍ AL PACIENTE ARRIBA INDICADO Y QUE LAS DECLARACIONES QUE HE HECHO CORRESPONDEN A LOS SERVICIOS QUE HE PRESTADO:														
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE:					FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:					FECHA:				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:										CÉD. O RUC.			TEL. CLÍNICA	

