



Compañía de Seguros, S.A.

Cédula Jurídica 3-101-593961

Apartado 46-6155 Fórum 1, Santa Ana

Teléfono (506) 2503-2727 Fax (506) 2503-2797

www.assanet.cr

Notificación de Reclamos

Claims Notification

Salud o Accidentes Personales

Health or Personal Accidents

Verificación Electrónica No. _____
Electronic Verification No.

Declaración del Asegurado. (Favor llenar en letra imprenta. / Please fill in print.)

Estimado asegurado, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes. / Dear insured, we appreciate to complete the form to process your claim.

Contratante (Sólo si es Póliza Colectiva) _____
Contracting party (only if it is a Policy holder)

Número de Póliza _____ No. Unidad/Certificado (sólo si es Póliza Colectiva) _____
Policy No. Certificate (only if it is a Policy holder)

Teléfono: _____ Celular _____
Phone Mobile

Dirección de correo electrónico del asegurado _____
Email address of insured

Datos del Asegurado / Insured data

Nombres _____ Apellidos _____
Names Last names

Cédula o Número de Identificación: _____
ID No.

Cuenta IBAN del asegurado titular de la Póliza _____
IBAN account of the insurer who owns the Policy

Moneda: ☐ Dólares ☐ Colones

Datos del Reclamante. Paciente / Patient's data

Nombres _____ Apellidos _____
Names Last names

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Cédula _____
Date of birth Day Month Year ID

Declaración del médico / Doctor's statement

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

Diagnóstico principal: _____
Principal diagnosis

_____ ICD _____

Diagnóstico secundario: _____
Secondary diagnosis

_____ ICD _____

¿Cuándo se iniciaron los síntomas de esta condición? día _____ mes _____ año _____
When did the symptoms of this condition begin? Day Month Year

Descripción de los hallazgos físicos o síntomas que apoyen el diagnóstico: _____
Description of the physical findings and symptoms that support the diagnosis

¿Ha sido tratado el paciente previamente por alguna(s) condición(s) a ésta? ☐ Sí ☐ No
Has the patient been previously treated by some condition(s) related to this?

día _____ mes _____ año _____
Day Month Year

Medicamentos / Medicines

Presentar la receta médica de los medicamentos, completada y firmada por el médico tratante.
Present the prescription for medications, completed and signed by the attending physician.

Servicios Preautorizados. Pre-used services

Laboratorio Clínico y Diagnóstico por Imagen u Otros. Clinical Laboratory and Diagnostic Imaging or Other.

Presentar la receta médica, completada y firmada por el médico tratante, con la descripción del examen solicitado.
Submit the medical prescription, completed and signed by the treating physician, with the description of the medical examination requested.

Hospitalización y/o Procedimientos Especiales / Hospitalization and/or Special Procedures

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

Favor indicar fecha programada para la hospitalización, hospital y tiempo estimado de hospitalización:
Please indicate the hospitalization scheduled date, hospital and estimated hospitalization time.

Día Mes Año
Day Month Year

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y/o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnóstico ya realizados.
You must specify the surgical procedures and / or the special procedures to be performed. To authorize a hospitalization it is essential to attach a copy of the result of all the diagnostic procedures already performed

Indique el (los) Procedimiento (s) Indicate the Procedure (s)	Código Code
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

Honorarios Cirujanos
Surgeon Fees

Honorarios Anestesta
Anesthetist Fees

Honorarios Ayudante
Assistant Fees

Otros
Others

Observaciones
Observations

Favor completar en caso de solicitar preautorización por embarazo a término:
Please complete in case of requesting pre-authorization for term pregnancy:

Embarazo No.:
Pregnancy No.

Fecha de la última menstruación
Last menstruation date

Fecha de la primera consulta:
Date of first consultation

Embarazo de alto riesgo
High risk pregnancy

☐ Sí☐ No

Número de Productos:
Number of Products

Tipo de Parto:
Birth type

☐ Normal☐ Cesárea
Caesarean operation

Motivo por el cual solicita Cesárea:
Reason for requesting a caesarean operation

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mi corresponden a los servicios que he prestado.
I certify that I am the attending physician and that my statements correspond to the services rendered.

Nombre y Sello
Name & Print

Firma del Médico
Physician's Signature

No. de identificación
ID Number

Dirección / Teléfono
Address / Telephone

Fecha
Date

Correo electrónico
Email

“Certifico que la información antes mencionada es correcta.
Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de seguro que posean información archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a ASSA Compañía de Seguros, S.A.”
I certify that the information above is correct.
I authorize any doctor, nurse, hospital, provider, insurance broker, and other insurance companies that have information, clinical records, or medical grids concerning the claimant to provide such information and/or documentation to ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Firma del asegurado o representante legal

Fecha