

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

- 1- Complementar cada pregunta de la "SECCIÓN A" debidamente y firmar en el lugar indicado.
- 2- Solicitar que el médico complete la "SECCIÓN B" para cada accidente que esta abenda de cada miembro de la familia asegurada.
- 3- Entregar este formulario a la persona encargada de la póliza en su grupo para que lo autorice y sea enviada a la compañía de seguros para el ajuste correspondiente.

NOTA IMPORTANTE:

Se debe adjuntar con el reclamo, el ORIGINAL de todas las facturas y recibos de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con su receta) que correspondan al caso.

No. Póliza	Contratante	Cobertura Escolar <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> AP Viajero <input type="checkbox"/> AP Asiento <input type="checkbox"/>
------------	-------------	--

SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO

Primer Nombre*		Segundo Nombre		Primer Apellido*		Segundo Apellido		Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> PAS	
No. de identificación*		Fecha de nacimiento* DD MM AAAA		Lugar de nacimiento		País		Ciudad	
Dirección de domicilio*		Teléfono*		Celular*		Email		Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Edad de los Dependientes* <input type="checkbox"/> Menor a 18 <input type="checkbox"/> Mayores a 18		Ingresos Anuales* <input type="checkbox"/> 4000 - 10000 <input type="checkbox"/> 10000 - 20000 <input type="checkbox"/> 20000 - 40000 <input type="checkbox"/> más de 40000		Número de vehículos*		Número de inmuebles*		Dependientes* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Cuándo ocurrió el accidente?					¿Dónde ocurrió el accidente?				
¿Cómo ocurrió el accidente?					Ha recibido anteriormente algún tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a este accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

En caso afirmativo, favor indicar detalle incluyendo fechas, médicos y clínicas.

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualquiera de las otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales o cualquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a Seguros Suramericana, S.A.

La compañía se reserva el derecho de analizar los gastos incurridos en esta atención médica y pagara los cargos usuales y acostumbrados de acuerdo a las experiencias y tablas que reposan en nuestras oficinas.

Firma del Director o Persona Autorizada

Firma del Asegurado/Representante

Fecha

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Nombre del paciente		Edad		Sexo	
¿Cuál fue el diagnóstico?			Favor detallar tratamiento y procedimiento		
Medicamentos			Radiografías		
Según su conocimiento: ¿Cuándo comenzó la causa básica de esta condición?			¿Se debe esta lesión a enfermedad proveniente del empleo del paciente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Se encuentra el paciente todavía bajo cuidado por esta lesión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición o alguna condición, relacionada a esta? En caso afirmativo, favor detallar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
¿Se necesita de intervención quirúrgica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo favor detallar:			
¿En cuál hospital se efectuó la operación?				Fecha DD MM AAAA	¿Se presentó alguna complicación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo favor detallar:					
Favor indicar Cuadro y Hallazgos que apoyen el diagnóstico					
¿Ordenó usted la hospitalización? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha de ingreso DD MM AAAA	Hora de ingreso	Fecha de ingreso DD MM AAAA	Hora de ingreso
Detalle de honorarios por consulta			\$	Total \$	
Tratamiento			\$	Total \$	

REMESA DE HONORARIOS

Paciente		Hospital	
Médico		Correo electrónico	Teléfonos

Confirmo que soy el médico del paciente y he recomendado los servicios por lo cuales se hace este reclamo.

Firma y Sello del Médico

Nombre de la Razón Social

Lugar y Fecha

Cédula de identidad personal o RUC

Teléfonos