

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MEDICOS Y DENTAL



SECCIÓN A – PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Estimado asegurado tomar nota que para evitar demoras innecesarias al momento de solicitar un servicio médico es indispensable la siguiente información, se les agradece completarla con letra clara.

Nombre del Asegurado Titular							
Teléfono:	No.de Cédula/DPI	Correo electrónico:					
Datos del paciente:	Asegurado titular <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Hijo (a) <input type="checkbox"/>	Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Edad
Nombre completo del paciente:							Teléfono/Celular
Estado civil	Ocupación	Fecha de nacimiento					
D I A / M E S / A Ñ O							
Póliza	Certificado	Reclamo:	Inicial <input type="checkbox"/>	Complemento <input type="checkbox"/>	P. Convencional <input type="checkbox"/>	P. Directo <input type="checkbox"/>	
Si su reclamo es complemento, indique:		Diagnóstico	No. Reclamo				
Nombre del padre, madre o tutor (en caso de Póliza de Accidentes Personales Escolar)							
Fecha de nacimiento	No. de Cedula/DPI,	NIT	Teléfono 1	Teléfono 2			
D I A / M E S / A Ñ O							
Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y facturas adquiridas son verificadas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, instituciones y otros para que suministren a SEGUROS G&T S.A cualquier información. Incluyendo copias exactas de sus archivos (expedientes del paciente), exámenes de laboratorios, ultrasonidos y rayos X etc. Pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la compañía de seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.							
Firma de la Persona Autorizada:				Fecha:			

SECCIÓN B – PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

Si su reclamo es complemento, indique:		Diagnóstico			
Nombre de La Empresa:					
Nombre del empleado asegurado:	Fecha de Ingreso de póliza				
D I A / M E S / A Ñ O					
Nombre del dependiente por el cual se presenta la reclamación:	Fecha de Ingreso de póliza				
D I A / M E S / A Ñ O					
Trabajaba el empleado en esta empresa: cuando inicio la incapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si es NO identificar donde:					
Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo: <input type="checkbox"/>					
Se recomienda que se pague esta reclamación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Porque:					
Firma de la Persona Autorizada			Sello de Empresa Contratante:		Fecha:

SECCIÓN C – PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE Ú ODONTOLOGO

Nombre completo del paciente:		Edad:						
Fecha de la primera consulta:	Diagnóstico completo y descripción del tratamiento:							
D I A / M E S / A Ñ O / H O R A								
Esta incapacidad es de origen:	Accidente <input type="checkbox"/>	Adquirido <input type="checkbox"/>	Dental <input type="checkbox"/>	Congénito <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>			
Tiempo de evolución de la incapacidad:	Fecha primera de consulta:	Fecha en que la enfermedad fue diagnosticada:						
D I A / M E S / A Ñ O		D I A / M E S / A Ñ O						
Nombre del hospital:	Fecha Admisión:	Fecha de Egreso						
D I A / M E S / A Ñ O / H O R A		D I A / M E S / A Ñ O / H O R A						
¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o ha recibido tratamiento médico por esta condición? Especifique.								
Si es por Dental, favor indique si la causa es por:		Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Fecha:				
D I A / M E S / A Ñ O		D I A / M E S / A Ñ O		D I A / M E S / A Ñ O				
Si es por Embarazo, favor indique:		FUR / D I A / M E S / A Ñ O		FPP / D I A / M E S / A Ñ O	Tratamiento Suministrado:			
Observaciones:								
Nombre del Médico Tratante:						Especialidad:	Teléfono Clínica:	Celular:
Firma del Médico Tratante			Sello del Médico		Fecha:			

