



Seguro de Asistencia Médica Formulario de Reclamación

NUMERO DE LA POLIZA _____

FAVOR COMPLETAR ESTE FORMULARIO CON LETRA IMPRENTA

SECCION 1 (DEBERÁ SER COMPLETADA EN SU TOTALIDAD POR EL ASEGURADO)

1. NOMBRE DEL TITULAR			APELLIDOS			NOMBRES			2. STATUS LEGAL SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> LEGALMENTE <input type="checkbox"/>				3. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO		
4. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO															
5. NOMBRE DEL PACIENTE			APELLIDOS			NOMBRES			6. PARENTESCO CON EL ASEGURADO <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> HIJO/A SOLTERO/A				7. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE DÍA MES AÑO		
8. SI LA RECLAMACIÓN ES PARA UN HIJO DEPENDIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD O MAYOR. ¿ES ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						9. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, DE EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA UNIVERSIDAD (PROVEER COPIA DEL CERTIFICADO DE ESTUDIANTE).									
10. INDOLE DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN. SI ES UNA LESIÓN, INDIQUE CÓMO Y DÓNDE SUCEDIÓ (POR FAVOR PROVEER COPIA DEL HISTORIAL MÉDICO)								SI ES UNA LESIÓN, INDIQUE FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ DÍA MES AÑO _____ A.M. _____ P.M.							
11. ¿HA TENIDO EL PACIENTE SINTOMAS SIMILARES EN OTRAS OCASIONES? <input type="checkbox"/> SI (POR FAVOR PROVEER HISTORIAL MEDICO) <input type="checkbox"/> NO				12. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA DÍA MES AÑO			13. FECHA EN QUE LOS PRIMEROS SINTOMAS SE MANIFESTARON DÍA MES AÑO			14. FECHA EN QUE SE CONSULTÓ UN MÉDICO PARA ESTA ENFERMEDAD DÍA MES AÑO					
15. ¿FUE USA MEDICAL SERVICES PRE-NOTIFICADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			16. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA DÍA MES AÑO			17. A HECHO USTED PAGOS POR LOS SERVICIOS MÉDICOS RECIBIDOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			18. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE LA CANTIDAD PAGADA (PROVEER FACTURAS ORIGINALES) US \$ _____						
19. NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE						20. DIRECCIÓN DEL MÉDICO TRATANTE									

AUTORIZACIÓN

El original o una fotocopia de esta reclamación firmada, autoriza a cualquier médico profesional, hospital u otra institución de cuidados médicos, organización respaldada por una compañía de seguros, farmacia, agencia de gobierno, tenedor de póliza de grupo, patrono o administrador de plan de beneficios a otorgar a BUPA ECUADOR S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros o a su agente, abogado, o su compañía Administradora de Reclamos (en caso de existir), la información referente a las recomendaciones, cuidado médico, propuesto cuidado médico, tratamiento o certificación previa de hospitalización hecha a mi persona, mi cónyuge o mis hijos. Esta incluirá información relacionada con una enfermedad mental, uso de drogas o de alcohol. También autoriza a cualquier patrono tenedor de póliza de grupo de administrador de plan de beneficios a proveer a BUPA ECUADOR S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros, información relacionada con mi trabajo o información financiera relacionada con mi persona, mi cónyuge o mis hijos.

Entiendo que la información obtenida con esta autorización será utilizada por BUPA ECUADOR S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros para evaluar una reclamación de beneficios de seguro y entregará a cualquier representante una copia de esta autorización al pedirla. La información obtenida no será divulgada a ninguna persona u organización EXCEPTO a las compañías reaseguradoras u otras personas u organizaciones que realicen negocios o provean servicios legales a la Compañía, relacionados con la reclamación.

Esta autorización es válida por un período de doce (12) meses desde la fecha en que se firma y durante el tiempo que dure el reclamo.

Firma del Asegurado _____ Firma del paciente _____ Fecha _____ (Si es mayor de 18 años)

Nota: Asegurese que su médico o administrador de servicios complete el otro lado.

