



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.

SECCION 2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE (ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO).

1. NOMBRE DEL PACIENTE APELLIDOS NOMBRES	2. TIENE EL PACIENTE OTRO SEGURO DE SALUD - ESCRIBA EL NOMBRE DEL ASEGURADO, NOMBRE DEL PLAN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA Y EL NÚMERO DE LA PÓLIZA O EL TELÉFONO DE ASISTENCIA MÉDICA.
3. ¿TUVO RELACIÓN LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN CON: A. EL TRABAJO DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO B. UN ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (POR FAVOR PROVEER REPORTE POLICIACO)	
4. FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA (LEER AL DORSO ANTES DE FIRMAR) AUTORIZO LA CESIÓN DE CUALQUER INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA PROCESAR LA RECLAMACIÓN Y PIDO QUE EL PAGO DE LOS BENEFICIOS SEA OTORGADO A MI O A LA PERSONA O INSTITUCIÓN QUE ACEPTE LA ASIGNACIÓN (ABAJO). FIRMA FECHA	5. AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS AL MÉDICO QUE FIRMA ABAJO O A LA INSTITUCIÓN QUE OTORGA LOS SERVICIOS DESCRITOS ABAJO. FIRMA (ASEGURADO O PERSONA AUTORIZADA)

INFORMACIÓN DEL MÉDICO O LA ENTIDAD QUE HA PRESTADO SERVICIOS (ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO).

6. FECHA DEL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD (PRIMER SINTOMA) O DEL ACCIDENTE O DEL EMBARAZO Día Mes Año	7. FECHA EN QUE SE LE CONSULTO PRIMERO PARA ESTA CONDICIÓN Día Mes Año	8. ¿HA TENIDO EL PACIENTE SINTOMAS PREVIOS SIMILARES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
9. NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIRIO AL PACIENTE	10. PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON HOSPITALIZACIÓN, INDIQUE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DESDE Día Mes Año HASTA Día Mes Año	
11. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CENTRO DONDE EL PACIENTE FUE ATENDIDO	12. ¿SE LE HIZO EXÁMENES DE LABORATORIO FUERA DE SU OFICINA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO CARGOS:	

13. DIAGNOSTICO O NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O DEL ACCIDENTE (RELACIONAR EL DIAGNÓSTICO CON EL PROCEDIMIENTO EN LA COLUMNA D DEL PARAFO 14. REFERENDOSE A LOS NÚMEROS 1, 2, 3, ETC. AL CÓDIGO DX.)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

14. A. FECHA DEL SERVICIO	B. LUGAR DEL SERVICIO* (CÓDIGO)	C. DESCRIBIR PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS Y MATERIALES PROVISTOS EN CADA UNA DE LAS FECHAS INDICADAS (ESPECIFIQUE SERVICIOS O CIRCUNSTANCIAS IRREGULARES)	D. CÓDIGO DEL DIAGNÓSTICO	E. CARGOS

15. FIRMA DEL MÉDICO O SUMINISTRADOR DE SERVICIOS FIRMA FECHA	16. ¿ACEPTA LA ASIGNACIÓN DE PAGO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	17. CARGO TOTAL	18. CANTIDAD PAGADA	19. BALANCE
	20. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	21. NOMBRE DEL MÉDICO O SUMINISTRADOR DE SERVICIOS, DIRECCIÓN, CIUDAD, PAIS, ZONA POSTAL Y NO. DE TELÉFONO. NÚMERO DE TAX I.D.		
22. NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE	23. NÚMERO DE LICENCIA DEL MÉDICO O LA ENTIDAD SUMINISTRADORA DE SERVICIOS			

- | | | | |
|--|---------------------------|--|------------------------------------|
| * CÓDIGO PARA LUGAR DE SERVICIO | 3. OFICINA DEL MÉDICO (O) | 7. CASA DE RETIRO (NH) | O. OTRA LOCALIDAD (OL) |
| 1. PACIENTE INGRESADO EN EL HOSPITAL (IH) | 4. HOGAR DEL PACIENTE (H) | 8. CENTRO DE CUIDADOS ESPECIALES (SNF) | A. LABORATORIO INDEPENDIENTE (IL) |
| 2. PACIENTE ATENDIDO EN EL HOSPITAL PERO NO INGRESADO (OH) | 5. CLÍNICA DIURNA (PSYO) | 9. AMBULANCIA | B. OTRO CENTRO MÉDICO O DE CIRUGÍA |
| | 6. CLÍNICA NOCTURNA (PSY) | | |

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú • Edificio San Salvador - Piso 4 • Quito - Ecuador
 Tel : (593-2) 3965600 • Fax: (593-2) 3965650

El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros con resolución #SBS-INS-2004-439 del 2004.registro #24812