

SEGURO CORPORATIVO DE ASISTENCIA MEDICA FORMULARIO DE RECLAMACION

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.

SECCION A - Debe ser completada por el Empleado	
Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por mi ,por mi esposo (a) por mi hijo (a)	6. En caso de enfermedad ¿Cuándo comenzó? _____ DIA MES AÑO
1. Nombre del Paciente _____ _____	7. Nombre y dirección del primer médico consultado. _____ _____
2. Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Femenino Masculino	8. Dar la fecha de la primera visita _____ DIA MES AÑO
3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI NO	9. Dar nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad. _____ _____ _____
4. Indique índole de la dolencia _____ _____ _____	10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI NO En caso afirmativo indique: Nombre del Hospital _____ Fecha de Admisión _____ DIA MES AÑO
5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI NO En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? _____ A las _____ DIA MES AÑO ¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____	
Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron, y a todos los Hospitales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo. Nombre del Empleado _____ Fecha _____ Firma del Empleado _____ AÑO MES DIA	

SECCION B - Debe ser completada por el Empleador	
1. ¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? SI NO ¿Qué cargo desempeñaba? _____	
2. ¿La lesión o enfermedad del empleado del familiar dependiente por la cual se presenta esta reclamación, resultó en su ocupación remunerada con sueldo o ganancia o durante su empleo? SI NO	
3. ¿Recomienda que se pague este reclamo? SI NO OBSERVACIONES: _____ _____	
4. La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Enrolamiento	
Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina) _____	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro _____
Nombre del Dependiente (si corresponde) _____	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro _____
N° del Grupo _____ N° del Certificado _____	Clase _____
Nombre del Tenedor de la Póliza, Empleador, etc. _____	Fecha en que se completa esta sección _____
Firma Autorizada _____ SELLO DE LA EMPRESA ASEGURADA	Cargo _____

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N° 91-171-S de Julio 8 de 1991

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a Pan-American Life Ins. Co.
 Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: **1800 765 432** - Ventas: **1800 WE WILL (939 455)** - e-mail: **crmecuador@panamericanlife.com**

FORMULARIO DE RECLAMACION - HOJA 2

SECCION C - Debe ser completada por el Médico Asistente

1. Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

2. Dar su diagnóstico completo _____

3. ¿Se debe su condición a embarazo? SI NO
En caso afirmativo, de la fecha aproximada en que se inició el embarazo _____
AÑO MES DIA

4. Si se practicó Cirugía, describa la operación _____

5. ¿En qué Hospital o Clínica se practicó la Cirugía? _____
Fecha _____
AÑO MES DIA

6. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:
En el Hospital: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u
En la Casa: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u
En el Consultorio: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u

7. ¿Ordenó usted la hospitalización? SI NO En caso negativo, indique el nombre del médico que la ordenó _____

8. Indique: Fecha de Admisión: _____ Fecha de Salida: _____
AÑO MES DIA AÑO MES DIA

9. Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de esta condición? _____
AÑO MES DIA

10. ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado por esta condición debido a la misma causa? SI NO
En caso afirmativo indique
Nombre del Hospital _____ Fecha de Hospitalización _____
Diagnóstico _____
Nombre del Hospital _____ Fecha de Hospitalización _____
Diagnóstico _____

11. Según su opinión, ¿Fue causada la incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación? SI NO
En caso afirmativo, explique detalladamente: _____

12. ¿Ha sido la enfermedad bastante seria para impedir que el paciente trabaje? _____

Nombre del Médico _____ Firma del Médico _____

Sello del Médico _____ Fecha _____
AÑO MES DIA

OBSERVACIONES: _____

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N° 91-171-S de Julio 8 de 1991

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a Pan-American Life Ins. Co.
Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: **1800 765 432** - Ventas: **1800 WE WILL (939 455)** - e-mail: **crmecuador@panamericanlife.com**