

EL CLIENTE TIENE AUTORIZACION PARA ENTREGAR FORMULARIO EN COPIA PARA ATENCIONES EN RED AMBULATORIA PALIGMED, CON LA FIRMA REGISTRADA EN EL PRESENTE FORMULARIO



**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	
<p>Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por mi <input type="checkbox"/> por mi <input type="checkbox"/> esposo (a) <input type="checkbox"/> por mi hijo (a) <input type="checkbox"/></p> <p>1. Nombre del Paciente _____</p> <p>2. Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>4. Indique índole de la dolencia _____ _____</p> <p>5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? _____ A las _____ DIA MES AÑO ¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____</p>	<p>6. En caso de enfermedad ¿Cuándo comenzó? _____ DIA MES AÑO</p> <p>7. Nombre y dirección del primer médico consultado. _____ _____</p> <p>8. Dar la fecha de la primera visita _____ DIA MES AÑO</p> <p>9. Dar nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad. _____ _____</p> <p>10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique: Nombre del Hospital _____ Fecha de Admisión _____ DIA MES AÑO</p>
<p>Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verdicias y ciertas, 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 suministran a la Compañía de Seguros, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.</p> <p>Nombre del Empleado _____</p> <p>Fecha _____ DIA MES AÑO      Firma del Empleado _____</p>	

SECCION B - Debe ser completada por el Empleador											
<p>1. ¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Qué cargo desempeñaba? _____</p>											
<p>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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>											
<p>3. ¿Recomienda que se pague este reclamo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>OBSERVACIONES:</b> _____</p>											
<p>4. La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Envolamiento</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina) _____</td> <td style="width: 50%;">Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre del Dependiente (al corresponde) _____</td> <td>Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____</td> </tr> <tr> <td>Nº del Grupo <u>77448</u></td> <td>Nº del Certificado _____ Clase _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre del Titular de la Póliza, Empleador, etc. <u>COORCCP</u></td> <td>Fecha en que se completa esta sección D/M/A _____</td> </tr> <tr> <td>Firma Autorizada <u>[Firma]</u></td> <td>Cargo <u>Recursos Humanos</u></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">SELLO DE LA EMPRESA ASEGURADA</p>		Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina) _____	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____	Nombre del Dependiente (al corresponde) _____	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____	Nº del Grupo <u>77448</u>	Nº del Certificado _____ Clase _____	Nombre del Titular de la Póliza, Empleador, etc. <u>COORCCP</u>	Fecha en que se completa esta sección D/M/A _____	Firma Autorizada <u>[Firma]</u>	Cargo <u>Recursos Humanos</u>
Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina) _____	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____										
Nombre del Dependiente (al corresponde) _____	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____										
Nº del Grupo <u>77448</u>	Nº del Certificado _____ Clase _____										
Nombre del Titular de la Póliza, Empleador, etc. <u>COORCCP</u>	Fecha en que se completa esta sección D/M/A _____										
Firma Autorizada <u>[Firma]</u>	Cargo <u>Recursos Humanos</u>										

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución Nº 91-171-S de Julio 6 de 1991

**SECCION C - Debe ser completada por el Médico Tratante**

1. Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

2. Dar su diagnóstico completo \_\_\_\_\_

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

4. Si se practicó Cirugía, describa la operación \_\_\_\_\_

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

6. Ofrezca 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: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

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

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 \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO  
Diagnóstico \_\_\_\_\_  
Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de Hospitalización \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO  
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 \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

**NOTA:** El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N° 81-171-S de Julio 8 de 1991.