Formulario de Reclamación
Gastos Médicos

Internacional de Seguros

Empresa/Tomador con quien tiene la Póliza: _____

Nombre Asegurado Titular de la Póliza: _____

Correo Electrónico: _____ **N° Teléfono:** _____

Nombre Asegurado que recibe el servicio: _____ **N° Identificación:** _____

Edad: _____ **Nombre del Médico Tratante:** _____ **N° Teléfono:** _____

SECCIÓN I: Para ser completado por el Asegurado Principal o Reclamante

Tipo de padecimiento: Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo ☐ Otro ☐ **Fecha de Inicio de síntomas:** _____

Describa síntomas/evento: _____

Servicio Reclamado: Medicamentos ☐ Consulta Médica ☐ Laboratorios ☐ Procedimiento/Cirugía ☐

Imágenes ☐ Estudios Especiales ☐ Chequeo ☐ Otro: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a la Compañía de Seguros que ampara la presente póliza, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos y resultados de exámenes pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma y a su completa satisfacción.

Fecha: _____ **Firma Asegurado:** _____

Recuerde adjuntar las facturas de todos los servicios recibidos, además de estados de cuenta desglosados de los gastos de Hospital, honorarios médicos (cirujano, anestesista, asistente, otros), órdenes de solicitudes de estudios con sus respectivos reportes o resultados (laboratorios, imágenes, otros) y recetas de medicamentos prescritos por su Médico Tratante.

SECCIÓN II: Para ser completado por el Médico Tratante o Proveedor

Nombre del Asegurado: _____ **Edad:** _____

Tipo de padecimiento: Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo ☐ Otro ☐ **Fecha de Inicio de síntomas:** _____

Diagnóstico/Impresión Diagnóstica/Síntomas (Detalle):

EN CASO DE ACCIDENTE

Describa Mecanismo:

_____

_____

EN CASO DE MATERNIDAD FUR: _____ Semanas de Gestación: _____ Fecha Parto/Aborto: _____

EN CASO DE BENEFICIO ÓPTICO: (Aplica si la póliza tiene contratado el beneficio y bajo las condiciones estipuladas en el contrato de seguro)

Diagnóstico: _____ Graduación Lentes: **OD** _____ **OI** _____

Nota: Como Médico tratante autorizo a los hospitales y a otras instituciones a que otorguen a la Compañía de Seguros que ampara la presente póliza, todos los informes que se refieran a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el valor original. Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico.

Firma y Código Médico: _____ **Sello:** _____ **Fecha:** _____

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsará los honorarios médicos cobrados, basado en las condiciones individuales de la póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos, aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° P20-64-A07-399, de fecha 17 de enero de 2013.