

HEALTH TRUST

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

No. Póliza

SECCION A - Debe ser completada por el Asegurado

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por mí, por mi <input type="checkbox"/> esposo (a) <input type="checkbox"/> por mi hijo (a) <input type="checkbox"/>	
1. Nombre del paciente _____ _____	6. En caso de enfermedad ¿Cuándo comenzó? _____ DIA MES AÑO
2. Fecha de nacimiento _____ Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	7. Nombre y dirección del primer médico consultado. _____ _____
3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. Dar la fecha de la primera visita _____ DIA MES AÑO
4. Indique índole de la dolencia _____ _____ _____	9. Dar nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad. _____ _____ _____
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? _____	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

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 Asegurado titular _____

Fecha _____ DIA MES AÑO Firma del Asegurado _____

SECCION B - Debe ser completada por la Agencia Asesora Productora de Seguros

Fecha efectiva de su cobertura

N° del Certificado

Clase

Agencia Asesora Productora de Seguros

Fecha _____ DIA MES AÑO Firma del Asegurado _____

FORMULARIO DE RECLAMACION - HOJA 2

SECCION C - Debe ser completada por el médico tratante

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 _____
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. 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: _____
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 _____
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 _____
DIA MES AÑO

OBSERVACIONES: _____

