

SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
PARA **RECLAMACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS**

Para evitar demoras en el proceso de su reclamo deben de ser contestadas todas la preguntas de cada una de las secciones del formulario.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN A COMPLETAR POR EL ASEGURADO TITULAR

Póliza No:	Cert.:	Contratante:					
Nombre del empleado/asegurado:		Número de identidad:	Edad:				
Nombre del paciente:		Parentesco con el asegurado:	Edad:				
Causa del reclamo	Solicitud de reembolso		Total gastos presentados:				
Embarazo <input type="checkbox"/>	Nuevo <input type="checkbox"/>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">\$</div>				
Accidente <input type="checkbox"/>	Continuación <input type="checkbox"/>						
Enfermedad <input type="checkbox"/>							
Si es por enfermedad, ¿en qué fecha estima usted que se inició?:			DÍA/	MES /	AÑO/		
Si fue accidente, describa:							
Fecha en que ocurrió:		DIA/	MES /	AÑO/			
Lugar donde ocurrió:							
¿Cómo ocurrió?:							
La causa del reclamo esta relacionada con el empleo?:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Mencione otros médicos que lo han atendido por la misma dolencia							
Nombre		Teléfono		Fecha en que fue atendido			
<p>Yo, _____, con documento de identidad N° _____, en mi calidad _____ (personal, apoderado legal) de: _____ (nombre de la persona), DECLARO BAJO JURAMENTO: que no han existido cambios significativos en la documentación que he proporcionado y de los datos generales de ingresos mensuales, actividad económica, procedencia de fondos, dirección de residencia y lugar de trabajo o de negocio, la cual fue detallada en la Ficha Integral, Declaración Jurada u otros documentos de la Póliza inicial al momento de la vinculación como cliente en SEGUROS AZUL VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS. Adicionalmente, me comprometo en caso de que hubiese cambios o actualizaciones en la información o documentación proporcionados, a presentarla inmediatamente a la Aseguradora.</p> <p>Certifico que las respuestas anteriores son veraces y correctas a mi conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o a cualesquiera otra persona que me examinaron, así como los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa a seguros azul vida, S.A. Seguros de personas, en relación con este reclamo.</p>							
_____		F.	_____	Fecha:	DÍA/	MES /	AÑO/
Nombre del asegurado		Asegurado					

SECCION B: INFORMACIÓN A COMPLETAR POR EL PATRONO (Aplica únicamente para pólizas Colectivas)

1. ¿Tiene el empleado asegurado o dependiente otros beneficiarios?:					
Bajo otro plan de gastos médicos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Bajo otro plan de accidentes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Indicar el nombre de la compañía de seguros:					
2. ¿Esta usted de acuerdo con el pago del presente reclamo?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
<p>Por este medio hacemos constar que el empleado y dependiente, forman parte de nuestro registro de asegurados, según los datos de inscripción indicados en la sección "A". Así mismo confirmamos que se encontraba activamente laborando al momento que comenzó la enfermedad.</p>					
Firma y Sello del Patrono		Fecha:	DÍA/	MES /	AÑO/