

SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
PARA **RECLAMACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS** INDIVIDUAL O COLECTIVO MEDICO HOSPITALARIO

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo todas las preguntas, deben ser contestadas, en las diferentes secciones de este formulario.

SECCIÓN A: DATOS A COMPLETAR POR EL ASEGURADO TITULAR

Póliza No:	No. Certificado:	Contratante:	
Nombre del empleado/asegurado:		Número de identidad:	Edad:
Nombre del paciente:		Parentesco con el asegurado:	Edad:
Causa del reclamo Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>		Solicitud de reembolso Nuevo <input type="checkbox"/> Continuación <input type="checkbox"/>	Total gastos presentados: \$ <input type="text"/>
Si es por enfermedad, ¿en qué fecha estima usted que inició?:		DIA/	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
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.			
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.			
_____ Nombre del asegurado		F. _____ Asegurado	Fecha: DÍA/ MES / AÑO/

SECCIÓN B: DATOS A COMPLETAR POR EL PATRONO (Aplica únicamente para pólizas Colectivas)

1. ¿Tiene el empleado asegurado o dependiente otros beneficios?:			
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(s) compañía(s) de seguro(s):			
2. ¿Esta usted de acuerdo con el pago del presente reclamo?:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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.			
_____ Firma y Sello del Patrono		Fecha: DÍA/ MES / AÑO/	

SECCIÓN C: INFORME DEL MÉDICO

1. Nombre del paciente:			2. Fecha de la consulta:						
3. Diagnóstico:									
Otros Diagnósticos:									
¿Cuándo se iniciaron los primeros síntomas?:									
Si es por accidente, ¿cuál fue la fecha en que ocurrió?:									
¿Es enfermedad congénita?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
4. En caso de paciente femenina ¿se debe este diagnóstico a embarazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Favor indique:		F.U.R:	DIA/	MES /	AÑO/	F.P.P:	DIA/	MES /	AÑO/
5. ¿Cuáles exámenes de laboratorio ha indicado?:									
6. Describa brevemente el tratamiento indicado:									
7. Nombre de otros médicos que hayan atendido al paciente por la misma enfermedad:									
Número de consultas en clínica:			Detalle fecha de las consultas:						
Si hubo hospitalización, fecha de ingreso:			Fecha de alta:						
No. Días de hospitalización:			Nombre del hospital:						
¿Realizó visita de emergencia?:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuántas?					
¿Realizó visitas hospitalarias?:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuántas?					
¿Realizó visitas a la U.C.I.?:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuántas?					
9. En caso de haber practicado cirugía, favor proporcione:									
Nombre de procedimientos (principal primero, luego los secundarios):									
Tiempo operatorio:									
¿Fue necesario ayudantía?:		Sí <input type="checkbox"/>	¿Por qué?:						
		No <input type="checkbox"/>							
10. ¿Cuándo estima que el paciente se considerará curado?:			11. ¿Quedará el paciente incapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
			¿Por cuánto tiempo?:						
12. Adjunte una hoja en caso de cualquier información adicional que contribuya a evaluar mejor el reclamo.									

Nombre del médico:		Firma y Sello:		No. de JVPM:	
Dirección:		Teléfono:		Fecha:	
		Fax:		DÍA/ MES / AÑO/	

Notas importantes a tomar en consideración al momento de someter su reclamo a reembolso:

- Se deberá adjuntar al presente formulario TODAS las facturas (duplicado-cliente) que respalden el gasto incurrido. Triplicado-Cobros y Original Emisor, no serán elegibles para reintegro.
- Las facturas de honorarios médicos tendrán que estar debidamente firmadas y selladas por el medico tratante.
- Recibos provisionales no serán elegibles para reembolso.
- Para presentar reclamos por medicamentos de uso continuo, sera necesario guarde consigo copia de la receta medica y primer formulario de reclamo entregado a SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS, los mismos, deberán ser anexados a las facturas originales posteriores por la compra de tales medicamentos. Tales copias (formulario y receta medica) tendrán validez unicamente durante un año calendario.