

Declaración del Asegurado (Favor llenar en letra imprenta)

Estimado asegurado, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes.

Póliza No./ Unidad	Teléfono	Celular	Intermediario de seguros

Contratante (sólo si es Póliza Colectiva)	
	Dirección de correo electrónico del asegurado

Nombre del Asegurado			
Nombre	2 ^{do} Nombre	Apellido	2 ^{do} Apellido

Nombre del Reclamante (paciente)			
Nombre	2 ^{do} Nombre	Apellido	2 ^{do} Apellido

Fecha de nacimiento			Cédula
día	mes	año	

Observaciones del reclamo:

¿Tiene usted otra póliza que cubra estos gastos? Si No Cía. de Seguros

Este reclamo se refiere a:

Reclamo presentado por primera vez Si No No. de Póliza

Medicamento de uso prolongado Si No

Laboratorios de seguimiento de tratamiento inicial Si No

Rayos X de seguimiento de tratamiento inicial Si No

Otros Si No

Espacio para ser completado solamente para reclamos por Accidentes Personales

Fecha del Accidente	Hora
día <input style="width: 40px;" type="text"/> mes <input style="width: 40px;" type="text"/> año <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>

En caso de accidente de tránsito: ¿Hubo parte de tránsito? Si No En caso afirmativo favor adjuntar a este formulario el parte de tránsito. Indique el diagnóstico, los síntomas o lesiones por los cuales está haciendo el reclamo. Asimismo indicar el lugar y las circunstancias del mismo:

Favor incluir los siguientes documentos: recibos originales y copia de la cédula.
 En caso de desmembramiento, favor presentar los Rayos X del miembro afectado.

"Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.**"

Firma del Asegurado _____ Fecha _____ día _____ mes _____ año _____

Estimado doctor, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes.

Declaración del médico

Nombre del paciente Patient's Name				Fecha de nacimiento Date:			Edad Age	Sexo Sex
Nombre/Name	2 ^{do} Nombre/2 nd Name	Apellido/Last Name	2 ^{do} Apellido	día/day	mes/month	año/year		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Diagnóstico	ICD
Diagnosis	ICD

¿Cuándo se iniciaron los síntomas de esta condición? / When did the symptoms of this condition begin?

día day	mes month	año year
------------	--------------	-------------

Descripción de los síntomas que presenta el asegurado / Description of the symptoms presented by the insured

Hallazgos físicos que apoyen el diagnóstico ó los síntomas indicados / Physical findings that support the diagnosis or symptoms listed

¿Ha sido tratado el paciente previamente por alguna(s) condición(s) relacionada(s) a ésta? Si es afirmativo, indicar el nombre del(los) médico(s) tratante(s). / Has the patient been previously treated by some condition (s) related to this? If so, please indicate the name of the treating doctor (s) / physician (s)

día day	mes month	año year
------------	--------------	-------------

Exámenes de laboratorio o rayos X que se ordenaron / Laboratories or X-rays that were ordered

Descripción de Servicios / Description of Services

Descripción Description	Fecha de atención Date			Costo Cost	Lugar Place
	día/day	mes/month	año/year		

Observaciones/Prognosis

Notes

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mí corresponden a los servicios que he prestado.
I certify that I am the attending physician and that my statements correspond to the services rendered.

Dr. _____
Nombre y Sello Name & Print Firma del Médico Physician's Signature No. de Identificación I.D Number

Dirección/Teléfono Address/Telephone Fecha Date Correo Electrónico E-mail