

1. SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Nombre del Patrono o Contratante: _____

No. De Póliza: _____ No. De Certificado: _____ Vigencia de la Póliza: Desde _____

Nombre del Asegurador titular: _____

Nombre del Paciente: _____

Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo F M

¿Fue causada la dolencia por un accidente?: SI NO En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió? Día _____ Mes _____ Año _____

¿Dónde y cómo ocurrió? _____

¿En caso de enfermedad, en qué fecha comenzó? Día _____ Mes _____ Año _____ Referencias Médicos consultados: _____

| NOMBRE | ESPECIALIDAD | TELEFONO |
|---------------|--------------|----------|
| 1º. Médico | | |
| Médico actual | | |

Si ha estado hospitalizado por esta dolencia, indique:

| Nombre Hospital o Clínica | Fecha Entrada | Fecha Salida |
|---------------------------|---------------|--------------|
| | | |
| | | |

Solicitud de Reembolso: Nuevo Continuación Total gastos presentados US\$ _____

¿La causa del padecimiento está relacionada con el empleo? SI () NO () **Origen de los gastos:** Consulta externa () Hospitalización ()

Declaro que estos datos son verdaderos y autorizo a los médicos, hospitales y otras personas e instituciones que me atendieron, para que suministren a FEDECREDITO VIDA, S.A. SEGURO DE PERSONAS, cualquier información relacionada con este reclamo y si existiese falsedad en la información, la compañía no estará obligada a pagar ningún reclamo.

Firma del Asegurado

Teléfono: _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

2. SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

Este empleado está Asegurado bajo el Certificado No. _____ Inscrito en la Póliza el _____ de _____ de _____

Quien ingreso al empleo el _____ de _____ de _____ ¿Reclama por dependiente?: SI NO

En caso afirmativo dé el nombre de él: _____

¿Se debe esta reclamación a lesión o dolencia contraída durante el empleo? SI NO

Tiene derecho a dichos beneficios? SI NO Lugar y Fecha: _____

Nombre del Patrono

Firma y sello

3. SECCION PARA SE COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

Confirmando en mi condición de médico, haber asistido al paciente: _____

Edad: _____

Diagnostico principal y condiciones concurrentes: _____

En caso de paciente femenino, ¿se debe la condición a embarazo? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, tiempo del embarazo _____

¿En qué fecha comenzó la causa básica de esta condición? _____

¿Tiempo de evolución? _____

Ha sido ¿tratado por la misma causa u otras? _____

En caso afirmativo explique, indique fechas, médicos, etc. _____

Describa los servicios suministrados al paciente:

Número de consultas en clínica: _____ Desde: Día _____ Mes _____ Año _____ Hasta: Día: _____ Mes _____ Año _____

Si hubo hospitalización

Fecha de ingreso Desde: Día _____ Mes _____ Año _____ Fecha de alta: Día: _____ Mes _____ Año _____

Días de hospitalización. _____ Nombre del hospital: _____

¿Realizó visitas por emergencia? SI NO Si el paciente estuvo en U.C.I., indicar número de días: _____

Número de visitas hospitalarias: _____ Número de visitas U.C.I.: _____ Detalles del tratamiento médico: _____

Si se practicó cirugía, proporcione nombre de procedimientos, comenzando por el principal y luego los secundarios: _____

Indique el tiempo operatorio: _____ Si requirió ayudantía, detalle el motivo: _____

Si solicitó médico para interconsulta, explique el motivo: _____

Quedará el paciente con algún impedimento o secuela? SI () NO () en caso afirmativo explique el motivo: _____

Tiempo de incapacidad. _____ ¿Cuándo estima que el paciente se considerará curado? _____

Para efectos de pago, debe anexar resultados de estudios, exámenes de laboratorio y/o gabinete y reporte operatorio en caso de cirugías.

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Teléfono No. _____ Fax: _____

Firma y Sello del Médico

JVPM