

Para agilizar el trámite de su reclamo, conteste correctamente las siguientes preguntas, adjuntando facturas de medicamentos, gastos incurridos en médicos y hospitales. Este formulario deberá presentarse al Contratante de la póliza y al Médico tratante para que se completen en la parte que les corresponde.

EXCLUSIVO PARA EL ASEGURADO			
Asegurado:	Póliza:	Cert.	
Paciente Reclamante:	Parentesco:	Edad:	
Causa de la reclamación:	Enfermedad:	Accidente:	
Si el reclamo es por enfermedad explique el Padecimiento:			
¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?:			
¿Cuándo comenzó el tratamiento?:			
Médicos que consultó cuando se presentaron los primeros síntomas:			
Fecha de primera consulta:			
¿Estuvo hospitalizado anteriormente por esta dolencia? SI NO En Caso afirmativo, indique nombre del hospital o clínica:			
Si el reclamo es por accidente, ¿Cuándo ocurrió?			
¿Lugar donde ocurrió?			
¿Cómo ocurrió?			
DETALLE DE GASTOS EFECTUADOS			
Documento / Facturas - Recibos	N° de Factura	Gastos Pagados	
Honorarios Médicos		US\$	
Exámenes de Laboratorio		US\$	
Radiografías		US\$	
Anestesia		US\$	
Cuenta de Hospital o Clínica		US\$	
Factura de Medicamentos (con receta)		US\$	
Otros Gastos (amplíe)		US\$	
<b>Total de Gastos</b>			<b>US\$</b>

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo a Atlántida Vida, S.A. Seguros de Personas, para que verifique dicha información en las instituciones y personas correspondientes, a quienes autorizo revelar a la Aseguradora, cualquier solicitud de información de que tuviesen conocimiento en relación con la salud o accidente sufrido por mi persona o por los miembros de mi familia asegurados en la póliza, incluyendo copias exactas de archivos, exámenes de laboratorio, Rayos X pertenecientes a este reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

EXCLUSIVO PARA EL CONTRATANTE			
Nombre del Contratante:			Póliza N°
Nombre del Empleado:			
Nombre del dependiente reclamante:			
Nombre	Firma Representante	Sello	Lugar y Fecha

**EXCLUSIVO PARA EL MEDICO TRATANTE**

Confirmo en mi condición de Médico, haber asistido al paciente:

Edad: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Descripción de la enfermedad o accidente: \_\_\_\_\_

Según su opinión. ¿en qué fecha comenzó la cauda básica de la enfermedad?

¿Cuál sería el tiempo de evolución?

¿Ha sido tratado por la misma causa anteriormente? SI NO en caso afirmativo indicar Médico y fechas del evento:

Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

¿Estuvo hospitalizado a causa de esta misma enfermedad / accidente? SI NO En caso afirmativo, amplíe:

Nombre de Hospital \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de Egreso \_\_\_\_\_

Número de días que asistió al paciente en el hospital \_\_\_\_\_ Primera visita: \_\_\_\_\_

Fecha de última visita: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces atendió al paciente en el hospital?

¿En qué consistió el tratamiento? (Detalle medicamentos, análisis, Rx, etc.) \_\_\_\_\_

¿Se practicó cirugía? SI NO Si su respuesta es afirmativa, indicar en que consistió: \_\_\_\_\_

Si la causa fue por accidente, explique: ¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

¿Lugar donde ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico\_\_\_\_\_  
Firma y Sello\_\_\_\_\_  
N° J.V.P.M.\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha**USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

Resolución: \_\_\_\_\_

Procede Reclamación: SI NO

Si la Reclamación no procede, indicar el motivo y el monto US\$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
F. Director Médico**Detalle de Liquidación**

Total gastos presentados: US\$ \_\_\_\_\_

(-) Gastos no cubiertos: US\$ \_\_\_\_\_

Sub - total: US\$ \_\_\_\_\_

(-) Deducible: US\$ \_\_\_\_\_

(-) Coaseguro ( \_\_\_\_\_ %) US\$ \_\_\_\_\_

(+) IVA: US\$ \_\_\_\_\_

**Total a Pagar: US\$ \_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_  
Firma Autorizado