

## COMPLEMENTO DE RECLAMO SEGURO COLECTIVO - GASTOS MÉDICOS -

Agradecemos completar la siguiente información con la finalidad de agilizar el proceso de su reclamo.

PÓLIZA NO.: \_\_\_\_\_ CERTIFICADO \_\_\_\_\_

ASEGURADO: \_\_\_\_\_

DEPENDIENTE: \_\_\_\_\_

NO. DE TELEFONO \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

### Información del reclamo inicial por este mismo padecimiento (Indispensable)

RECLAMO NO.: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE SE PRESENTARON GASTOS POR PRIMERA VEZ POR ESTE DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

**Si sus gastos corresponden a seguimiento por reclamo tramitado bajo pago directo por favor indique:**

NOMBRE DEL HOSPITAL / MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Favor detallar documentos adjuntos al presente formulario:

PROVEEDOR	No. FACTURA	VALOR
<b>TOTAL:</b>		

Indique con una "x" si adjunta los siguientes documentos:

Recetas Médicas

Órdenes de Laboratorio

Resultados de Laboratorio

**SE REQUERIRÁ NUEVO FORMULARIO DESPUÉS DE SEIS MESES DE HABERSE PRESENTADO EL INICIAL O CON RE-INGRESOS HOSPITALARIOS. LA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR UN NUEVO FORMULARIO ANTES DE ESTE PLAZO SI LO CONSIDERA NECESARIO.**

"Declaro que, en cumplimiento de los artículos 13 y 14 de la Ley Para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008 autorizo a la Compañía de Seguros a consultar información referente a reclamos sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor, así como información sobre datos personales, bienes y relaciones con terceros, en base a los artículos 1, 2, 9 numeral 1 y 64 de la Ley del Acceso a la Información Pública, Decreto 57-2008, autorización que permanecerá mientras subsista cualquier acto pendiente relacionado en forma directa o indirecta con la relación contractual de las partes existentes.