



**AIG VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS**  
**SEGURO COLECTIVO MEDICO HOSPITALARIO**  
**FORMULARIO DE RECLAMACION PROVEEDORES**

No. Reclamo: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 No. \_\_\_\_\_  
 S. de P.: \_\_\_\_\_

PARTE I: DATOS A SER LLENADOS POR EL ASEGURADO

NOMBRE EMPRESA CONTRATANTE: \_\_\_\_\_

POLIZA No: \_\_\_\_\_ CARNET No: \_\_\_\_\_ FECHA EFECTIVA: DIA/ MES / AÑO/

NOMBRE DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON EL ASEGURADO: HIJO (A)  CONYUGE  EL MISMO

FECHA DE NACIMIENTO: DIA/ MES/ AÑO/ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: M  F

NACIONALIDAD: SALVADOREÑO  CIUDADANO AMERICANO  OTRA  INDIQUE \_\_\_\_\_

CAUSA DEL RECLAMO: EMBARAZO  ENFERMEDAD  ACCIDENTE   
 SI ES POR ENFERMEDAD, ¿EN QUÉ FECHA INICIÓ? DIA/ MES / AÑO/

MONTO PRESENTADO  
 \$ \_\_\_\_\_

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? SI  NO

**AUTORIZO A TODOS LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS MEDICOS A QUE SUMINISTREN A AIG VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS TODA LA INFORMACION RELACIONADA CON EL DIAGNOSTICO DESCRITO EN ESTE FORMULARIO; INCLUYENDO COPIA EXACTA DE SUS ARCHIVOS.**

FIRMA DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA: DIA/ MES / AÑO/

No. de Teléfono \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DE AIG VIDA S.A., SEGUROS DE PERSONAS

BENEFICIOS	DETALLE DE GASTOS CUBIERTOS EN DOLARES §			
	PRESENTADOS	PLAN BASICO	PLAN GMM	NO CUBIERTOS
Cuarto y Alimentación ( ___ días X \$ ___ )				
Gastos de Hospital				
Honorarios Médicos por Cirugía				
Honorarios Por Ayudantía Quirúrgica				
Honorarios Por Anestesiología				
Visitas Médicas Hospital/Externa (No. ___)				
Medicinas Bajo Receta Médica				
Rx. y Laboratorio Clínico				
Terapias Respiratorias y Físicas				
Aparatos Ortopédicos				
Vacunas				
Otros				
TOTALES	\$	\$	\$	\$
(-)DEDUCIBLE		(\$ )	(\$ )	
BALANCE		\$	\$	
% DE REEMBOLSO		%	%	
COASEGURO		(\$ )	(\$ )	
REEMBOLSO		\$	\$	\$

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

Hecho por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PARTE II: SECCION A SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 FECHA DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
 OTROS DIAGNOSTICOS: \_\_\_\_\_

SEGUN SU OPINION, CUANDO SE INICIARON LOS PRIMEROS SINTOMAS?: \_\_\_\_\_  
 - SE DEBE LA CONDICION DEL PACIENTE A: ENFERMEDAD  ACCIDENTE  EMBARAZO   
 - ES ENFERMEDAD CONGENITA? SI  NO   
 - SI ES POR ACCIDENTE, CUAL FUE LA FECHA EN QUE OCURRIO?: \_\_\_\_\_  
 - SI ES POR EMBARAZO, FAVOR INDIQUE: F.U.R.: \_\_\_\_\_ F.P.P.: \_\_\_\_\_  
 ¿CUÁLES EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE HA INDICADO?

DESCRIBA BREVEMENTE EL TRATAMIENTO INDICADO:  
 \_\_\_\_\_

NOMBRE DE OTROS MEDICOS QUE HAYAN ATENDIDO AL PACIENTE POR LA MISMA ENFERMEDAD:  
 \_\_\_\_\_

FAVOR DESCRIBA LOS SERVICIOS SUMINISTRADOS AL PACIENTE  
 -NÚMERO DE CONSULTAS EN CLINICA: \_\_\_\_\_ FECHA DE CONSULTAS: \_\_\_\_\_  
 -SI HUBO HOSPITALIZACION, FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA: \_\_\_\_\_  
 No. DIAS DE HOSPITALIZACION: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
 -¿REALIZÓ VISITA DE EMERGENCIA?: SI  NO   
 -¿REALIZÓ VISITAS HOSPITALARIAS? SI  NO  ¿CUANTAS? \_\_\_\_\_  
 -¿REALIZÓ VISITAS A LA U.C.I.? SI  NO  ¿CUANTAS? \_\_\_\_\_

EN CASO DE HABER PRACTICADO CIRUGIA, FAVOR PROPORCIONE:  
 NOMBRE DE PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES (PRINCIPAL PRIMERO, LUEGO LOS SECUNDARIOS): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TIEMPO OPERATORIO: \_\_\_\_\_ ¿FUE NECESARIO AYUDANTIA? SI  NO   
 ¿PORQUE? \_\_\_\_\_

¿QUEDARÁ EL PACIENTE CON ALGUN IMPEDIMENTO O SECUELA DE LA ENFERMEDAD O DEL ACCIDENTE?  
 SI  NO  TIEMPO DE INCAPACIDAD: \_\_\_\_\_  
 ¿CUANDO ESTIMA QUE EL PACIENTE SE CONSIDERARÁ CURADO?

NOMBRE DEL MEDICO:		No. DE JVPM:
DIRECCION:	TELEFONO:	FAX:
FIRMA Y SELLO		FECHA: DIA/ MES/ AÑO/