

ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S A EDIFICIO ASESUISA, PLAZA SUIZA, COL. SAN BENITO, SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C A. APDO. POSTAL. 1496 PBY. (303)2209-5000 FAX: (303) 2209-5001

FORMULARIO RECLAMO GASTOS MEDICOS

EXCLUSIVO ASESUISA						
Siniestro No.	Fecha de Recibido					

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE ADJUNTANDO LOS COMPROBANTES CORRESPONDIENTES

SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Yo, Empleado asegurado en póliza No. S-7.							
Por este medio sol	icito los beneficios paga	deros por gastos	de Hospitaliz	ación incurrido	os por:		
Mi persona		Mi esposa(o)		м	Ii hijo (a)	-··-·-	
Asegurado que rec	ibió servicio médico:						
Fecha de Nacimien	nto			Edad		Sexo	
¿Resulta la dolenc	ia de la ocupación del A	segurado?	SI NO				
Origen de la doleno	cia:						
¿Fue causada la do	elencia por accidente?	SI NO	En caso afi	rmativo:			
¿Cuándo ocurrió?_		Hora_		¿Dónd	e ocurrió?		*** ·
¿Cómo ocurrió?							
En caso de enferme	edad, ¿Cuándo comenzó?	C	le		de		
Nombre y dirección	n del PRIMER médico co	nsultado:					
Fecha de la PRIME	RA visita:	_de			de		
Nombre y dirección	n de su médico actual y o	de todos los otros	médicos, que	e lo asisten por	esta enfermed	lad	
Fstuvo anteriormen	te hospitalizado por esta do	olencia? SI		En caso afirmat	ivo		
		1330		Fecha de admisi			
ADEMAS AUTORIZO A PARA QUE SUMINIST A ESTE RECLAMO. QUEDA ENTENDIDO	ERTIFICO QUE LAS RESPUI A TODOS LOS MEDICOS Y REN A ASESUISA, S.A. CUA QUE LA COMPAÑIA DE SE TODOS LOS DOCUMENTO	OTRAS PERSONAS (LQUIER INFORMA (GURO SE RESERVA	QUE ME ATENI CION INCLUYE A EL DERECHO	DIERON, A TODO ENDO COPIAS EX O DE APLAZAR I	S LOS HOSPITA (ACTAS DE SUS) (A LIQUIDACIO	LES Y OTRAS INSTI ARCHIVOS PERTEN	TUCIONES ECIENTES
San Salvador,	de		_de	_		year a disease a	
						Firma del Empl	eado

FAVOR ADJUNTAR LAS FACTURAS, DETALLANDO LOS GASTOS DE CLÍNICAS Y DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO. (Cirujano, Anestesista, Laboratorista, etc.)

SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR EL PATRONO

Este emplead	do esta Asegurado bajo el Certificado No.	Inscrito en la	póliza el	de
de	quien ingreso al empleo el	de		de
Reclama por	dependientes.SI () NO () en caso afirma	ativo de el nombre de él:		
¿Se debe esta	a reclamación a lesión o dolencia contraida dur	rante el empleo? SI () No	O()	
¿Tiene derec	ho a dichos beneficios?SI () NO () NOMB	RE DEL PATRONO		
	LUGAR Y FECHA SECCION "C" PARA SER COMPI	FIRMA Y S LETADA POR EL MEI		ABECERA
Nombre del p	paciente:	Edad	Sexo_	V
Diagnóstico _l	principal de la enfermedad o accidente:	****		
Otros diagnó	ósticos:			
Según su opi	nión ¿Cuándo comenzó la causa básica de la e	nfermedad o accidente?		
debida a la m Si no requeri En caso afirn	nocimiento, ¿ha recibido previamente el paci nisma causa o causas relacionadas SI () NO (rá hospitalización, favor indicar si se necesita nativo enumerar estos:	() en caso afirmativo favo exámenes de laboratorios o	or detallar: Rayos X para c	diagnóstico: SI () NO (
en cuso uo pi		ECLUSIÓN DE HOSPI	TAL	
¿Quién orden	nó la hospitalización?			
Nombre del h	nospital	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Fecha de ing	reso	Fecha de salida		
Detalle tratar	niento u operación			
	peración, indique los honorarios por Cirugía úni médicos ha referido al paciente en relación a e			
CONFIRMO	O QUE SOY MEDICO DEL PACIENTE Y HE RECOM	ENDADO LOS SERVICIOS POR	LOS CUALES S	E PRESENTA EL RECLAMO
	-			

LUGAR Y FECHA FIRMA Y SELLO
ESPACIO RESERVADO PARA INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MEDICO