



ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A.  
 EDIFICIO ASESUISA, PLAZA SUIZA, COL. SAN BENITO,  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A. APDO. POSTAL 1498  
 PBX: (503)2209-5000 FAX: (503) 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 solicito los beneficios pagaderos por gastos de Hospitalización incurridos por:

Mi persona \_\_\_\_\_  Mi esposa(o) \_\_\_\_\_  Mi hijo (a) \_\_\_\_\_

Asegurado que recibió servicio médico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

¿Resulta la dolencia de la ocupación del Asegurado?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Origen de la dolencia:

¿Fue causada la dolencia por accidente?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo:

¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ ¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

En caso de enfermedad, ¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del PRIMER médico consultado: \_\_\_\_\_

Fecha de la PRIMERA visita: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de su médico actual y de todos los otros médicos, que lo asisten por esta enfermedad \_\_\_\_\_

¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo:

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

**POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON VERIDICAS Y COMPLETAS SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER, ADEMAS AUTORIZO A TODOS LOS MEDICOS Y OTRAS PERSONAS QUE ME ATENDIERON, A TODOS LOS HOSPITALES Y OTRAS INSTITUCIONES PARA QUE SUMINISTREN A ASESUISA, S.A. CUALQUIER INFORMACION INCLUYENDO COPIAS EXACTAS DE SUS ARCHIVOS PERTENECIENTES A ESTE RECLAMO.**

**QUEDA ENTENDIDO QUE LA COMPAÑIA DE SEGURO SE RESERVA EL DERECHO DE APLAZAR LA LIQUIDACION DE ESTE RECLAMO HASTA LA OBTENCION DE TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS A SU COMPLETA SATISFACCION.**

San Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Empleado

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

**SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR EL PATRONO**

Este empleado 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 afirmativo de 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 ( ) NOMBRE DEL PATRONO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA FIRMA Y SELLO  
**SECCION "C" PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO DE CABECERA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal de la enfermedad o accidente: \_\_\_\_\_

Otros diagnósticos: \_\_\_\_\_

Según su opinión ¿Cuándo comenzó la causa básica de la enfermedad o accidente? \_\_\_\_\_

Según su conocimiento, ¿ha recibido previamente el paciente algún tratamiento por esta condición o por cualquier condición  
debida a la misma causa o causas relacionadas SI ( ) NO ( ) en caso afirmativo favor detallar: \_\_\_\_\_

Si no requerirá hospitalización, favor indicar si se necesita exámenes de laboratorios o Rayos X para diagnóstico: SI ( ) NO ( )

En caso afirmativo enumerar estos: \_\_\_\_\_

En caso de paciente femenino, el tratamiento se debe a embarazo: SI ( ) NO ( )

**EN CASO DE RECLUSIÓN DE HOSPITAL**

¿Quién ordenó la hospitalización? \_\_\_\_\_

Nombre del hospital \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de salida \_\_\_\_\_

Detalle tratamiento u operación \_\_\_\_\_

En caso de operación, indique los honorarios por Cirugía únicamente (excluyendo los honorarios por visitas médicas, anestesista,  
etc.) \$ \_\_\_\_\_

¿A que otros médicos ha referido al paciente en relación a esta condición? \_\_\_\_\_

**CONFIRMO QUE SOY MEDICO DEL PACIENTE Y HE RECOMENDADO LOS SERVICIOS POR LOS CUALES SE PRESENTA EL RECLAMO**

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