



# FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

Código: GMH012010

Alameda Roosevelt No. 3104, San Salvador.  
Call Center: 2261-8333 Fax: 2261-0581 Emergencia hospitalaria: 2261-8333

**Estimado Asegurado:** Para atender su solicitud de gastos médicos con prontitud, este formulario deberá completarse debidamente según se indica. Si procedió intervención quirúrgica o internamiento hospitalario, deberá anexar toda la documentación que lo respalde incluyendo el reporte del médico, clínico y/o del hospital.

## SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_

### Datos del Carné

No. Póliza: \_\_\_\_\_ No Carné: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado titular: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

### Gastos incurridos por:

Mismo asegurado  Cónyuge  Hijo  Hija  Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### Solicitud de reembolso:

Nuevo  Continuación

Total de gastos presentados: \$ \_\_\_\_\_

**Informe sobre el padecimiento:** ¿La causa del padecimiento está relacionada con el empleo? Si  No

### Causa de los gastos:

Enfermedad  Accidente  Embarazo

### Origen de los gastos:

Consulta externa  Hospitalización

Si el reembolso solicitado es por causa de una enfermedad, por favor indique, ¿cuándo comenzó? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

### Si es por causa de accidente

¿Cuándo ocurrió? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ ¿Lugar dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió?  
\_\_\_\_\_

Nombre del primer médico que le atendió en este caso: \_\_\_\_\_

Fecha primera visita: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Nombre de otros médicos que le han atendido por la misma dolencia, indicando la fecha: \_\_\_\_\_

Certifico que las respuestas que anteceden son verídicas, y autorizo a todos los hospitales, médicos, laboratorios, otras instituciones y personas que me brindaron el servicio, que suministren a Aseguradora Agrícola Comercial, S. A., toda la información relacionada con el diagnóstico descrito en este formulario, incluyendo copia exacta de sus archivos.

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

\_\_\_\_\_  
Números de teléfonos

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección electrónica

## SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL PATRONO

¿Tiene usted conocimiento si el empleado o dependiente recibe beneficios de otro plan de gastos médicos? Si  No

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique el nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

¿Está usted de acuerdo con el pago de la presente solicitud? Si  No

Escribir comentarios: \_\_\_\_\_

Por este medio hacemos constar que el empleado y dependiente forman parte de nuestro registro de asegurados bajo la clase \_\_\_\_\_ según los datos de inscripción indicados por él mismo, en la sección primera. Así mismo confirmamos que se encontraba activamente trabajando en el momento en que comenzó la causa de este reclamo.

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello del responsable de la empresa asegurada

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE**

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

Fecha del servicio prestado: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

Otros diagnósticos: \_\_\_\_\_

¿Es congénita la causa del diagnóstico? Si  No  La condición del paciente se debe a: Enfermedad  Accidente  Embarazo

Según su opinión, si es enfermedad, ¿cuándo se iniciaron los primeros síntomas? \_\_\_\_\_  
(favor completar)

**Si es por embarazo:**

Indique la fecha de la última menstruación: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Fecha probable del parto: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**Si es por accidente:**

¿En qué fecha ocurrió? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Si ha indicado exámenes de laboratorio y gabinete menciónelos: \_\_\_\_\_

Describa brevemente el tratamiento indicado: \_\_\_\_\_

Nombre de otros médicos que hayan atendido al paciente por la misma enfermedad: \_\_\_\_\_

**Describa los servicios suministrados al paciente:**

Número de consultas en clínica: \_\_\_\_\_ Desde: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hasta: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**Si hubo hospitalización**

Fecha de ingreso Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Fecha de alta: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Días de hospitalización: \_\_\_\_\_

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

¿Realizó visitas por emergencia? Si  No  Si el paciente estuvo en U. C. I., indicar número de días: \_\_\_\_\_

Número de visitas hospitalarias: \_\_\_\_\_ Número de visitas U. C. I.: \_\_\_\_\_

Si se le practicó cirugía, proporcione nombre de procedimientos, comenzando por el principal y luego los secundarios: \_\_\_\_\_

Indique el tiempo operatorio: \_\_\_\_\_ Si requirió ayudantía, detalle el motivo: \_\_\_\_\_

Si solicitó médico para interconsulta, explique el motivo: \_\_\_\_\_

¿Quedará el paciente con algún impedimento o secuela? Si  No  En caso afirmativo explique el motivo: \_\_\_\_\_

Tiempo de incapacidad: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo estima que el paciente se considerará curado? \_\_\_\_\_

Para efectos de pago, debe anexar resultados de estudios, exámenes de laboratorio y/o gabinete, y reporte operatorio en caso de cirugías.

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono Fax No. JVPM Firma y sello del médico