

Para agilizar el trámite de su reclamo, conteste correctamente las siguientes preguntas, adjuntando facturas de medicamentos, gastos incurridos en médicos y hospitales. Este formulario deberá presentarse al Contratante de la póliza y al Médico tratante para que completen la parte que les corresponde.

I- EXCLUSIVO PARA EL ASEGURADO

1- Asegurado: _____ Póliza _____ Certificado: _____
Apellidos Nombres

2- Paciente Reclamante: _____ edad _____
Apellidos Nombres Parentesco

3- Causa de la reclamación _____ Enfermedad Accidente

4- Si el reclamo es por enfermedad explique:
 a) El padecimiento _____
 b) ¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?
 / / / /
DIA MES AÑO
 c) ¿Cuándo comenzó el Tratamiento? / / / /
DIA MES AÑO

5- Si el reclamo es por accidente:
 a) ¿Cuándo ocurrió? / / / /
DIA MES AÑO
 b) ¿Lugar donde ocurrió? _____
 c) ¿Como ocurrió? _____

6- Médico(s) que consultó cuando se presentaron los primeros síntomas:
 a) Nombre: _____
 Fecha: / / / / Tel.: _____
DIA MES AÑO
 b) Nombre: _____
 Fecha: / / / / Tel.: _____
DIA MES AÑO

7- Fecha primera consulta / / / /
DIA MES AÑO

8- ¿Estuvo hospitalizado anteriormente por esta dolencia?
 Si No
 En caso afirmativo indique nombre del hospital o clínica: _____
 Tel.: _____

- Fecha de Ingreso / / / / y
DIA MES AÑO
 Salida / / / /
DIA MES AÑO

DETALLE DE GASTOS EFECTUADOS

DOCUMENTOS/FACTURAS - RECIBOS	No. de DOC.	GASTOS EFECTUADOS
a- Honorarios médicos		US\$
b- Facturas de medicamentos (con receta médica)		
c- Exámenes de laboratorio		
d- Radiografías		
e- Cuenta de hospital o clínica		
f- Anestesia		
g- Otros gastos (explique)		
Totales		US\$

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo a Scotia Seguros, S. A., para que verifique dicha información en las instituciones y personas correspondientes, a quienes autorizo para revelar a " SCOTIA SEGUROS , S. A." a su solicitud, cualquier información de que tuviesen conocimiento en relación con la salud o accidente sufrido por mi persona o por los miembros de mi familia asegurados con dicha Compañía, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de Laboratorios y Rayos X pertenecientes a este reclamo.

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

II- EXCLUSIVO PARA EL CONTRATANTE

1- Nombre del contratante _____ Póliza No. _____

2- Nombre del empleado _____
APELLIDOS NOMBRES

3- Nombre del Dependiente Reclamante _____
APELLIDOS NOMBRES EDAD

Lugar y fecha _____ Nombre _____ Firma Representante _____ Sello _____

III. EXCLUSIVO PARA MEDICO TRATANTE

Confirmando en mi condición de Médico, haber asistido al paciente: _____
Apeñidos _____ Nombres _____
Edad _____ Años _____

1. Descripción de la enfermedad o accidente: _____

En caso de embarazo, indicar edad de gestación: _____

2. Según su opinión, ¿ en qué fecha comenzo la causa básica de la enfermedad accidente?: / / / /
Día Mes Año
¿ Tiempo de evolución? _____

3. ¿ Ha sido tratado por la misma causa anteriormente? Si No

En caso afirmativo indicar:

a) Médico: _____ Tel.: _____ Fecha: / / / /
Día Mes Año

b) Médico: _____ Tel.: _____ Fecha: / / / /
Día Mes Año

4. ¿ Estuvo hospitalizado por causa de esta misma enfermedad/accidente? Si No

Nombre del hospital o Clínica: _____ Tel.: _____

Fecha de ingreso: / / / / Fecha de salida / / / /
Día Mes Año Día Mes Año

5. No. de días que asistió al paciente en el hospital: _____ Fecha de Primera visita: / / / / Fecha de última visita: / / / /
Día Mes Año Día Mes Año

¿ Cuántas veces atendió al paciente en el hospital ? _____

6. ¿ En qué consistió el tratamiento?: (Detalle de los Medicamentos, Análisis, Rx. etc.) _____

7. Se practicó cirugía: Si No Si su respuesta es afirmativa, indicar en que consistió: _____

8. Si la Causa fué por accidente explique: a) ¿ Cuando ocurrió ? / / / / Hora _____ a.m.
Día Mes Año p.m.

b) ¿ Lugar donde ocurrió ? _____

c) ¿ Como ocurrió ? _____

OBSERVACIONES: _____

LUGAR Y FECHA

NOMBRE DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO

No. J.V.P.M.

IV- USO EXCLUSIVO PARA LA COMPAÑIA ASEGURADORA

Resolución: Procede Reclamación

No procede reclamación

Firma del Director Médico

Si la Reclamación no procede, indicar monto: US\$ _____

Motivo(s): _____

Detalle de liquidación:

Total gastos presentados: US\$ _____

(-) Gastos no cubiertos: _____

Sub Total US\$ _____

(-) Deducible _____

(-) Coaseguro (_____ %) _____

(+) IVA _____

Total a pagar US\$ _____

Firma Autorizado