



SEGUROS DEL PACIFICO, S. A.

1a. Calle Poniente, Colonia Escalón, No. 3649, San Salvador, El Salvador, C. A. Apdo. 05-51 Telefax: (503) 2283-0802 - 2283-0803
Tels.: 2283-0800, 2283-0804, 2283-0805, 2283-0806, 2283-0807, 2283-0809, 2283-0810, 2283-0811, 283-0812 e-mail: pacifico@salnet.net

FORMULARIO DE RECLAMACION SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Sr. Sra. Srta. _____ Edad _____ Sexo _____
 Él mismo
Nombre y Apellidos

2. Reclamación hecha por Cónyuge _____ Edad _____ Sexo _____
 Hijo
Nombre y Apellidos

3. Nombre del patrono _____

4. Indique la índole de la dolencia _____

5. ¿Se debe la dolencia a lesión? SI NO En Caso afirmativo, indique

cuándo ocurrió? _____ Del _____ a _____
Día Mes Año A. M. P. M.

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

6. En caso de enfermedad,

¿Cuándo comenzó? _____ del _____
Día Mes Año

7. Nombre y dirección del PRIMER médico consultado _____

8. Dé la fecha de la PRIMERA visita _____ del _____
Día Mes Año

9. Dé el nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad:

10. ¿Estuvo ANTERIORMENTE hospitalizado por esta dolencia? SI NO En caso afirmativo, indique

Nombre del hospital _____

Fecha de Admisión _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todas las Clínicas y otras instituciones para que suministren a SEGUROS DEL PACIFICO, S. A. Cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos. Exámenes de Laboratorio y Rayos X pertenecientes a este reclamo.

Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este Reclamo hasta la obtención de todos los recaudos necesarios para la misma a su completa satisfacción.

Fecha _____ de _____ del _____ Firma del Empleado _____

Adjunte por separado las facturas detalladas de los gastos de clínica de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en el caso
(Cirujano, Anestésista, Ayudantes, Radiólogo, Laboratorista, etc.)

SECCION B: PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO DE CABECERA (VEASE AL DORSO)

SECCION C: PARA SER COMPLETADA POR EL PATRONO

1. Este empleado es asegurado bajo Certificado No. _____ fecha de seguro _____
Día Mes Año

Fecha de ingreso al empleo _____
Día Mes Año

2. Nombre del dependiente, (si la reclamación es para éste) _____

3. ¿Se debe esta reclamación a lesión o dolencia contraída de o durante el empleo?

4. ¿Se han reclamado beneficios legales por esta incapacidad? SI NO ¿Tiene derecho a tales beneficios? SI NO

5. Clasificación de seguro:

Fecha

Nombre del Patrono

Firma Autorizada

B - ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO DE CABECERA

1 - Nombre del paciente _____ Edad _____ Sexo _____

2 - Diagnostico principal de condición: _____

Otros diagnósticos: _____

En Caso de paciente femenino ¿se debe la condición a embarazo? SI NO

3 - Según su opinión cuando comenzó la causa básica de esta condición: _____

4 - Según su conocimiento ¿Ha recibido previamente el paciente algún tratamiento por esta condición o por cualquier condición debida a la misma causa o a causas relacionadas? SI NO

En caso afirmativo, favor detallar: _____

5 - Si no se requerirá hospitalización, favor indicar si se necesitarán Exámenes de Laboratorio o Rayos X para diagnóstico: SI No En caso afirmativo favor enumerar éstos: _____

EN CASO DE RECLUSION EN HOSPITAL

6 - ¿Quién ordenó la hospitalización? _____

7 - Nombre del hospital: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de Salida: _____

8 - Detalle el tratamiento u operación: _____

9 - En caso de operación, indique los honorarios por cirugía únicamente (exclúyase los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.): \$ _____

10 - ¿A qué otros médicos ha referido los servicios por los cuales se presenta el reclamo.

Firma y Sello

Ciudad o Fecha

OBSERVACIONES: