

SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS  
**PARA RECLAMACION DE SERVICIOS MEDICOS**  
 INDIVIDUAL O COLECTIVO MEDICO HOSPITALARIO

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO **TODAS** LAS PREGUNTAS, DEBEN SER CONTESTADAS, EN LAS DIFERENTES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO.

**SECCION A: DATOS A SER LLENADOS POR EL ASEGURADO TITULAR**

POLIZA No:		CERT. :		CONTRATANTE:										
NOMBRE DEL EMPLEADO/ASEGURADO:			NUMERO DE IDENTIDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		EDAD:									
NOMBRE DEL PACIENTE:			PARENTESCO CON EL ASEGURADO:		EDAD:									
CAUSA DEL RECLAMO: EMBARAZO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>		SOLICITUD DE REEMBOLSO: NUEVO <input type="checkbox"/> CONTINUACION <input type="checkbox"/>		TOTAL GASTOS PRESENTADOS: \$ <input style="width: 100px;" type="text"/>										
SI ES POR ENFERMEDAD, ¿EN QUÉ FECHA ESTIMA USTED QUE SE INICIÓ? DIA/ MES / AÑO/														
SI FUE ACCIDENTE, DESCRIBA: FECHA EN QUE OCURRIO: _____ DIA/ MES / AÑO/ LUGAR DONDE OCURRIO: _____  ¿CÓMO OCURRIO? _____														
LA CAUSA DEL RECLAMO ESTA RELACIONADA CON EL EMPLEO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														
MENCIONE OTROS MEDICOS QUE LO HAN ATENDIDO POR LA MISMA DOLENCIA.  <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">NOMBRE:</td> <td style="width: 30%;">TELEFONO:</td> <td style="width: 40%;">FECHA EN QUE FUE ATENDIDO:</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>						NOMBRE:	TELEFONO:	FECHA EN QUE FUE ATENDIDO:	_____	_____	_____	_____	_____	_____
NOMBRE:	TELEFONO:	FECHA EN QUE FUE ATENDIDO:												
_____	_____	_____												
_____	_____	_____												
CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON VERACES Y CORRECTAS A MI CONOCIMIENTO Y POR ESTE MEDIO AUTORIZO A TODOS LOS DOCTORES O A CUALESQUIERA OTRA PERSONA QUE ME EXAMINARON, ASI COMO LOS HOSPITALES O CUALESQUIERA OTRAS INSTITUCIONES PARA QUE SUMINISTREN INFORMACION COMPLETA A <b>SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS</b> EN RELACION CON ESTE RECLAMO.														
_____		F. _____		_____										
NOMBRE DEL ASEGURADO		ASEGURADO		FECHA: DIA/ MES / AÑO/										

**SECCION B: DATOS A SER COMPLETADOS POR EL PATRONO (Aplica únicamente para pólizas Colectivas)**

1. ¿TIENE EL EMPLEADO ASEGURADO O DEPENDIENTE OTROS BENEFICIOS:

BAJO OTRO PLAN DE GASTOS MEDICOS? SI  NO

BAJO OTRO PLAN DE ACCIDENTES? SI  NO

INDICAR EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_

2. ESTA USTED DE ACUERDO CON EL PAGO DEL PRESENTE RECLAMO? SI  NO

*Por este medio hacemos constar que el empleado y dependiente, forman parte de nuestro registro de asegurados, según los datos de inscripción indicados en la seccion "A". Asi mismo confirmamos que se encontraba activamente laborando al momento que comenzo la enfermedad.*

**FIRMA Y SELLO DEL PATRONO:**

FECHA: DIA/ MES / AÑO/

## SECCION C: INFORME DEL MEDICO

1. NOMBRE DEL PACIENTE: _____	2. FECHA DE LA CONSULTA: _____												
3. DIAGNOSTICO PRINCIPAL: _____													
OTROS DIAGNOSTICOS: _____													
CUANDO SE INICIARON LOS PRIMEROS SINTOMAS?: _____													
SI ES POR ACCIDENTE, CUAL FUE LA FECHA EN QUE OCURRIO? _____													
ES ENFERMEDAD CONGENITA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
4. EN CASO DE PACIENTE FEMENINA ¿SE DEBE ESTE DIAGNOSTICO A EMBARAZO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
FAVOR INDIQUE: F.U.R.:	F.P.P.:												
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">DIA</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">MES</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">AÑO</td></tr> </table>				DIA	MES	AÑO	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">DIA</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">MES</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">AÑO</td></tr> </table>				DIA	MES	AÑO
DIA	MES	AÑO											
DIA	MES	AÑO											
5. ¿CUÁLES EXAMENES DE LABORATORIO HA INDICADO? _____													
6. DESCRIBA BREVEMENTE EL TRATAMIENTO INDICADO: _____													
7. NOMBRE DE OTROS MEDICOS QUE HAYAN ATENDIDO AL PACIENTE POR LA MISMA ENFERMEDAD: _____													
8. FAVOR DESCRIBA LOS SERVICIOS SUMINISTRADOS AL PACIENTE:													
-NÚMERO DE CONSULTAS EN CLINICA: _____ DETALLE FECHA DE LAS CONSULTAS: _____													
-SI HUBO HOSPITALIZACION, FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE ALTA: _____													
No. DIAS DE HOSPITALIZACION: _____ NOMBRE DEL HOSPITAL: _____													
-¿REALIZÓ VISITA DE EMERGENCIA?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUANTAS? _____													
-¿REALIZÓ VISITAS HOSPITALARIAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUANTAS? _____													
-¿REALIZÓ VISITAS A LA U.C.I.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUANTAS? _____													
9. EN CASO DE HABER PRACTICADO CIRUGIA, FAVOR PROPORCIONE:													
NOMBRE DE PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES (PRINCIPAL PRIMERO, LUEGO LOS SECUNDARIOS): _____													
TIEMPO OPERATORIO: _____													
¿FUE NECESARIO AYUDANTIA? SI <input type="checkbox"/> ¿PORQUE? _____													
NO <input type="checkbox"/>													
10. ¿CUANDO ESTIMA QUE EL PACIENTE SE CONSIDERARÁ CURADO?: _____	11. ¿QUEDARA EL PACIENTE INCAPACITADO? SI <input type="checkbox"/> ¿POR CUANTO TIEMPO? _____												
NO <input type="checkbox"/>													
11. ANOTE EN ESTE ESPACIO CUALQUIER INFORMACION ADICIONAL QUE CONTRIBUYA A EVALUAR MEJOR EL RECLAMO: _____													

NOMBRE DEL MEDICO: _____	FIRMA Y SELLO: _____	No. DE JVPM: _____
DIRECCION: _____	TELEFONO: _____	FECHA: _____
FAX: _____		DIA/ MES / AÑO/

### Notas importantes a tomar en consideracion al momento de someter su reclamo a reembolso:

- ✓ Se debera adjuntar al presente formulario TODAS las facturas (**duplicado-cliente**) que respalden el gasto incurrido. Triplicado-Cobros y Original
- ✓ Emisor, no seran elegibles para reintegro.
- ✓ Las facturas de honorarios medicos tendran que estar debidamente firmadas y selladas por el medico tratante.
- ✓ Recibos provisionales no seran elegibles para reembolso.
- ✓ Para presentar reclamos por medicamentos de uso continuo, sera necesario guarde consigo copia de la receta medica y primer formulario de reclamo entregado a SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS, los mismos, deberan ser anexados a las facturas originales posteriores por la compra de tales medicamentos. Tales copias (formulario y receta medica) tendran validez unicamente durante un año calendario.