Formulario De Reclamos De Gastos Médicos

ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas

Asesuisa

Para proceder con el reclamo, debes presentar la documentación completa y especificada en las condiciones generales de acuerdo al producto y al beneficio por el cual presentas reclamación. Completa el formulario con letra legible y en todos los campos requeridos.

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza Nº: | Nombre del paciente:

Correo electrónico: | Fecha de nacimiento: __ / __ / ____ (Día Mes Año)

EXCLUSIVO DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del médico:

Atención médica:

Diagnóstico principal: | Código de diagnóstico (CIE 10):

Otros diagnósticos: | Procedimiento quirúrgico:

¿Fue un accidente? | Fecha de ocurrencia: __ / __ / ____ (Día Mes Año) | Lugar:

Fecha de inició de la enfermedad: __ / __ / ____ (Día Mes Año)

¿Se debe la condición a un embarazo? | Fecha de inicio del embarazo: __ / __ / ___ (Día Mes Año) | Fecha probable del parto: __ / __ / _ (Día Mes Año)

Si el servicio fue en hospital, indica el nombre:

Observaciones del médico tratante:

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO

En cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la historia clínica, autorizo de manera expresa a cualquier hospital, clínica, institución prestadora de servicios de salud, médico o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mi persona, para que suministre a ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, copia de historia clínica o cualquier información que considere necesaria para la celebración del contrato de seguro o para la posterior atención de cualquier reclamación que se efectúe a ésta.

Fecha (Día/Mes/Año) | Nombre del asegurado | Firma y sello del médico

Si deseas actualizar o agregar Abono a Cuenta, puedes descargar el Formulario de Abono a Cuenta en www.asesuisa.com, completarlo y enviarlo a correo unidaddepagosasesuisa@asesuisa.com