

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 N°: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de póliza:  
 Salud Colectivo  Salud Individual  Accidentes Personales

Nombre del contratante (solo si es diferente al asegurado principal) : \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: -- / -- / ---- Parentesco: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
Día Mes Año

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico secundario: \_\_\_\_\_

Fecha de la 1° consulta relacionada con diagnóstico anterior: -- / -- / ---- Fecha tentativa de inicio de enfermedad: -- / -- / ----  
Día Mes Año

Estudios especiales:  Sí  No Procedimiento quirúrgico:  Hospitalario  Ambulatorio

Nombre de procedimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del centro hospitalario o centro de imágenes / estudios diagnósticos: \_\_\_\_\_

Completa los siguientes valores con IVA incluido:

Honorarios quirúrgicos	\$	Anestesia	\$	Ayudantía	\$
Biopsia	\$	Estudio de imagen o diagnóstico	\$	Otros	\$

Resumen médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha (Día / Mes / Año) \_\_\_\_\_ Firma del asegurado \_\_\_\_\_ Firma y sello del médico \_\_\_\_\_

**Nota:**  
Debes presentar este formulario debidamente completado con tres días de anticipación y anexar la siguiente documentación:  
• Informe médico completo detallando: tiempo de evolución de la enfermedad, hallazgos según examen físico realizado por médico tratante, sintomatología de la enfermedad y tratamientos indicados.  
• Lectura de resultados de estudios previos.

Al tener todos los documentos mencionados anteriormente, favor enviarlos al correo electrónico: [preautorizacionespersonas@asesuisa.com](mailto:preautorizacionespersonas@asesuisa.com)