

# FORMULARIO DE RECLAMOS DE GASTOS MÉDICOS

SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS



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: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: -- / -- / ----  
Día Mes Año

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: -- / -- / ----  
Día Mes Año Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono de residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

¿Fue causada la dolencia por un accidente?  Sí  No En caso afirmativo, indica fecha: -- / -- / ----  
Día Mes Año

¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_ ¿En caso de enfermedad, en que fecha inició? -- / -- / ----  
Día Mes Año

## 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 SEGUROS SURA, 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.

## AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO CON ABONO A CUENTA

En mi calidad de asegurado, por medio de la presente autorizo a SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, para que en caso de que sea aprobada la reclamación, realice la transferencia de la suma determinada como indemnización según las condiciones del contrato de seguro, aceptando como válida esta forma de pago para dar por finiquitada por mi persona la obligación de SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, depositando en cuenta bancaria que relaciono a continuación:

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

DUI: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

Banco:

Banco Agrícola  Banco Promérica  Banco Cuscatlán  Banco de América Central  Davivienda  Scotiabank

Tipo de cuenta:  Ahorro  Corriente Número de cuenta: \_\_\_\_\_

## CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO CON ABONO A CUENTA PARA EL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

1. La cuenta bancaria que he autorizado para la consignación fue de mi libre elección, y en ella tengo la calidad de titular.
2. Si ASESUISA SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, encuentra la cuenta inactiva, cancelada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá, si es necesario o lo considera pertinente, suspender la transacción hasta que se acuerde una nueva forma de pago o una nueva cuenta llenando al efecto un nuevo formulario, sin que esto configure incumplimiento en el pago de la indemnización por parte de SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS.
3. Exonero a SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, de toda responsabilidad por descuentos que puedan ser deducidos del reembolso pagado, derivado de saldos pendientes, servicios, comisiones, entre otros; vinculados con la cuenta antes señalada y que sean independientes de la relación contractual que vincula a SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS.

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado/dependiente\*

\*Este campo es obligatorio ser completado

**EXCLUSIVO DEL MÉDICO TRATANTE**

Cirugía:

Paciente hospitalizado |  Ambulatoria en hospital |  En consultorio del médico

Atención médica:

En consultorio del médico |  Emergencia en hospital |  Domiciliar

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: -- / -- / --  
Día Mes Año

Diagnóstico principal:

Código de diagnóstico (CIE 10):

Otros diagnósticos:

Procedimiento quirúrgico:

¿Fue un accidente?  Sí  No

Fecha de cuándo ocurrió: -- / -- / --  
Día Mes Año

Lugar:

Fecha en que inició la enfermedad: -- / -- / --  
Día Mes Año

¿Se debe la condición a un embarazo?  Sí  No

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:

Fecha (Día/Mes/Año)

Nombre del médico

Firma y sello del médico

Para más información sobre tu reclamo puedes escribirnos al correo electrónico: [reclamospersonas@asesuisa.com](mailto:reclamospersonas@asesuisa.com)