

Aseguradora del Istmo, S.A.

300 mts. Oeste de Tony Romas, Edificio Stewart Title, 4o. Piso
San Rafael Escazú, Costa Rica

Formulario Simplificado de Reclamación para Reembolso de Gastos Médicos

SECCION I: Para ser completado por el Asegurado Principal y/o Reclamante

Nombre de la Empresa (Tomador)			
Nombre completo del Asegurado Titular		Cédula:
Nombre completo del Reclamante		Cédula:
Fecha Nacimiento Reclamante: dd/mm/aa	Género:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	E-mail:
				Teléfono:

ACCIDENTE:	Causa del Accidente:	Fecha de ocurrencia:
Lugar y descripción del accidente:		

ENFERMEDAD /MATERNIDAD:	Fecha en que dio inicio:	Fecha de la primera consulta:
Describa los síntomas:		

MEDICINA PREVENTIVA: (Aplica si la póliza tiene contratados estos beneficios y bajo las condiciones estipuladas en el contrato de seguro)					
Chequeo médico <input type="checkbox"/>	Chequeo Óptico <input type="checkbox"/>	Chequeo Dental <input type="checkbox"/>	Papanicolau <input type="checkbox"/>	Mamografía <input type="checkbox"/>	PSA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a la Compañía de Seguros que ampara la presente póliza, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos y resultados de exámenes 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 todas las pruebas necesarias para la misma y a su completa satisfacción.

Fecha:	Firma del Asegurado Principal
--------------	-------------------------------------

No olvide adjuntar las facturas de todos los servicios recibidos, además de estados de cuenta desglosados de los gastos de Hospital, honorarios médicos (cirujano, anestesista, asistente, otros), órdenes de solicitudes de estudios con sus respectivos reportes o resultados (laboratorio, imágenes, otros) y recetas de medicamentos prescritos por su Médico Tratante.

Sección II. Para ser completada por el Médico Tratante

Nombre del Paciente:	Edad
----------------------------	------------

ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	Mecanismo de Trauma:
Diagnóstico, cuadro clínico y hallazgos que apoyen su diagnóstico:		

Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa de esta enfermedad o lesión?

MATERNIDAD <input type="checkbox"/>	FUR:	Semanas de gestación:	Fecha parto o aborto:
-------------------------------------	------------	-----------------------------	-----------------------------

MEDICINA PREVENTIVA (Aplica si la póliza tiene contratados estos beneficios y bajo las condiciones estipuladas en el contrato de seguro)					
Chequeo médico <input type="checkbox"/>	Chequeo Dental <input type="checkbox"/>	Papanicolau <input type="checkbox"/>	Mamografía <input type="checkbox"/>	PSA <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Chequeo Óptico <input type="checkbox"/>	Si es óptico, indicar diagnóstico y graduación:				

Nota: Como Médico tratante autorizo a los hospitales y a otras instituciones a que otorguen a la Compañía de Seguros que ampara la presente póliza, todos los informes que se refieran a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el valor original. Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico.

Nombre del Médico y No. de Colegiado	Firma del Médico	Sello del Médico	Fecha dd/mm/yy
--	------------------------	------------------------	----------------------

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsará los honorarios médicos cobrados, dependiendo de las condiciones individuales de la póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos, aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.

Tomador / Correduría	ASEGURADORA DEL ISTMO (ADISA), S.A.
----------------------------	---

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° P20-64-A07-399, de fecha 17 de enero de 2013.