

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:

Describe los síntomas:

MEDICINA PREVENTIVA: (Aplica si la póliza tiene contratados estos beneficios y bajo las condiciones estipuladas en el contrato de seguro)

Chequeo médico ☐ Chequeo Óptico ☐ Chequeo Dental ☐ Papanicolau ☐ Mamografía ☐ PSA ☐ Otro ☐

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, anestesta, 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 ☐ **ACCIDENTE** ☐ 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 ☐ 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 ☐ Chequeo Dental ☐ Papanicolau ☐ Mamografía ☐ PSA ☐ Otro ☐

Chequeo Óptico ☐ 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.