



FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN PARA GASTOS MÉDICOS Y DENTAL

SECCIÓN A. Información a ser completada por el Titular

Datos del Paciente: Asegurado Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Edad: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____

1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER. APELLIDO 2DO. APELLIDO

ESTADO CIVIL _____ OCUPACIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIA | MES | AÑO

PÓLIZA _____ CERTIFICADO _____ RECLAMO: INICIAL ☐ COMPLEMENTO ☐ P. CONVENCIONAL ☐ P. DIRECTO ☐

SI SU RECLAMO ES COMPLEMENTO, INDIQUE: DIAGNÓSTICO _____ NO. DE RECLAMO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR _____

TELÉFONO _____ NO.DE CEDÚLA/DPI _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Si el reclamo es de una póliza de Accidentes Personales de Plan Escolar, indicar nombre del Padre o Encargado del Alumno a quién se debe emitir el cheque _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizó a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus registros clínicos) pertenecientes a este reclamo. También certifico estar enterado de la aplicación del Artículo 915 del Código de Comercio "Extinción de Responsabilidad", que indica, si con el fin de hacer incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones o no se remite con oportunidad la documentación referente al siniestro, la Compañía de Seguros quedará desligada de sus obligaciones.

Firma del Asegurado

Fecha (día/ mes/ año)

SECCIÓN B. INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

PÓLIZA _____ CERTIFICADO _____ RECLAMO: INICIAL ☐ COMPLEMENTO ☐ P. CONVENCIONAL ☐ P. DIRECTO ☐

SI SU RECLAMO ES COMPLEMENTO, INDIQUE: DIAGNÓSTICO _____ NO. DE RECLAMO _____

NOMBRE DE LA EMPRESA _____

NOMBRE DEL EMPLEADO ASEGURADO _____ FECHA DE VIGENCIA _____

DIA | MES | AÑO

NOMBRE DEL DEPENDIENTE _____ FECHA DE VIGENCIA _____

DIA | MES | AÑO

Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo SI ☐ NO ☐

NOMBRE DE QUIÉN AUTORIZA _____ CARGO _____

Firma de la persona Autorizada

Sello de la Empresa Contratante

Fecha (día/ mes/ año)

SECCIÓN C. INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____ EDAD _____

FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA _____

DIAGNÓSTICO COMPLETO _____

ESTA INCAPACIDAD ES DE ORIGEN: ACCIDENTE ☐ ADQUIRIDO ☐ DENTAL ☐ CONGÉNITO ☐ EMBARAZO ☐

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA INCAPACIDAD _____

SI ES POR **DENTAL**, FAVOR INDIQUE SI LA CAUSA ES POR: ACCIDENTE ☐ ENFERMEDAD ☐ FECHA _____

DIA | MES | AÑO

SI ES POR **EMBARAZO**, FAVOR INDIQUE: F.U.R. _____ F.P.P. _____

TRATAMIENTO SUMINISTRADO _____

INDIQUE FECHA EN LA QUE SE ATENDIÓ AL PACIENTE _____

SI REALIZÓ CIRUGÍA, INDIQUE EN QUE HOSPITAL Y HAGA DESCRIPCIÓN DE LA MISMA _____

Firma del Médico Tratante u Odontólogo

Sello del Médico Tratante u Odontólogo

Fecha (día/ mes/ año)

7ª. Avenida 5-10, Zona 4 Centro Financiero Torre II, Nivel 16 Guatemala, C.A. Código Postal 01004 Apdo. Postal 2513 PBX 2420-3333, FAX 2361-1191 Www.Elroble.Com

Codo reclamo de consulta y/o procedimiento en clínica | Pago Directo

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE/ ASEGURADO/ EMPRESA

Datos del Paciente: Asegurado Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Edad: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____ PÓLIZA _____ CERTIFICADO _____

DIAGNÓSTICO COMPLETO _____

PROCEDIMIENTO EFECTUADO _____

FECHAS DE CONSULTA _____

Firma deL Médico Tratante u Odontólogo

Sello del Médico Tratante

Firma del Asegurado

Firma/Sello de la Empresa

7ª. Avenida 5-10, Zona 4 Centro Financiero Torre II, Nivel 16 Guatemala, C.A. Código Postal 01004 Apdo. Postal 2513 PBX 2420-3333, FAX 2361-1191 Www.Elroble.Com



**SECCIÓN C. INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO
(CONTINUACIÓN)**

EXCLUSIVO PARA PAGO DIRECTO

Para evitar demoras en el proceso de aprobación, favor completar con letra legible y de molde.

NOMBRE DEL PROVEEDOR AFILIADO _____

HOSPITALIZACIÓN Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnóstico ya realizados.

PROCEDIMIENTO

CÓDIGO

1. _____
2. _____
3. _____

HONORARIOS CIRUJANO _____ HONORARIOS AYUDANTE _____

HONORARIOS ANESTESISTA _____ OTROS _____

OBSERVACIONES _____

EXÁMENES ESPECIALES, RADIOLOGÍA, LABORATORIOS

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|
| Cistouretroscopia ☐ | Colonoscopia ☐ | Electrocardiograma ☐ | Electroencefalograma ☐ |
| Electromiograma ☐ | Gastroscopia ☐ | Mamografía ☐ | Prueba de Esfuerzo ☐ |
| Resonancia Magnética ☐ | Tomografía ☐ | Ultrasonido ☐ | Otros (Especifique) ☐ |
| 1. _____ | 5. _____ | 9. _____ | 13. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ | 10. _____ | 14. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ | 11. _____ | 15. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ | 12. _____ | 16. _____ |

MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL PROVEEDOR AFILIADO _____

Medicamento	Presentación (Gg, Tab, Susp, etc.)	Principio Activo	Dosis (mg, gr, ml, etc.)	Posología (BID, TID, QID, etc)	Días	Cantidad Aprobada
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

TRATAMIENTO DENTAL (aplica para Pago Convencional y Pago Directo)

FECHA		DIENTE		SUPERFICIE		DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO		CARGO		USO ADMINISTRATIVO		
										I	II	III