

**GENERALI**

Assicurazioni Generali S.p.A.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
Seguro Médico Hospitalario

PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO					
1. Nombre del Asegurado (dueño de póliza)		2. Nombre del Grupo o Empleador		3. Número de Póliza	4. Teléfono
5. Nombre del Paciente		6. Cédula	7. Fecha de nacimiento	8. Sexo	9. Parentesco
			Día / Mes / Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Asegurado _____ Hijo _____ Cónyuge _____ Otros _____
10. Posee otro seguro de salud o gastos médicos		11. Nombre de la CIA Aseguradora y número de Póliza		12. Total de Gastos	
Sí _____ No _____				Consulta	\$
13. El reclamo se hace a causa de:		Enfermedad _____ Accidente _____		Exámenes Especiales	\$
En caso de enfermedad				Laboratorios/Rayos X	\$
¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?				Medicamentos	\$
				Honorarios	\$
En caso de accidente				Cuarto Urgencia	\$
¿Cuándo ocurrió?		¿Dónde ocurrió?		Hospitalización	\$
¿Como ocurrió?				Menos Copago/ Deducible	(\$ _____)
				TOTAL	
Certifico que son correctas y verdaderas las respuestas anteriores y se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos. Así mismo autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren a Assicurazioni Generali información completa para el procesamiento de este reclamo.					
_____			_____		
Fecha y Ciudad			Firma del Paciente o Empleado Asegurado		

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO O PROVEEDOR					
14. Diagnóstico Actual				ICD - 9	
15. Informa de Servicios:					
Fecha de Servicio	Lugar	Descripción del Servicio Prestado	Código - CPT	Cargos	
				\$	
				\$	
				\$	
16. Detalle de exámenes de laboratorios, RX o medicamentos que Usted ordenó:					
17. En caso de paciente femenino: ¿se debe éste a embarazo? SÍ _____ NO _____ Fecha aproximada de comienzo de embarazo: día _____ mes _____ año _____					
18. ¿Ha recibido el paciente anteriormente algún tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta? SÍ _____ NO _____					
En caso afirmativo, favor detallar:					
Nombre del Médico: (Letra imprenta)			Cédula o RUC:		D.V.
Registro Médico:			Teléfono:		
Especialidad:			Dirección del lugar de atención:		
Certifico que son correctas y exactas las declaraciones que corresponden al paciente arriba indicado					
_____			_____		
Fecha y Ciudad			Firma del Médico y Sello		