

**SEGURO CORPORATIVO DE ASISTENCIA MEDICA
FORMULARIO DE RECLAMACION**

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.

SECCION A - Debe ser completada por el Empleado	
Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por mi, por mi <input type="checkbox"/> esposo (a) <input type="checkbox"/> por mi hijo (a) <input type="checkbox"/>	6. En caso de enfermedad ¿Cuándo comenzó? _____ DIA MES AÑO
1. Nombre del Paciente _____	7. Nombre y dirección del primer médico consultado. _____
2. Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	8. Dar la fecha de la primera visita _____ DIA MES AÑO
3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9. Dar nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad. _____
4. Indique índole de la dolencia _____ _____	10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique: Nombre del Hospital _____ Fecha de Admisión _____ DIA MES AÑO
5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? _____ A las _____ DIA MES AÑO ¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____	
Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron, y a todos los Hospitales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.	
Nombre del Empleado _____	
Fecha _____ DIA MES AÑO	Firma del Empleado _____

SECCION B - Debe ser completada por el Empleador	
1. ¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Qué cargo desempeñaba? _____	
2. ¿La lesión o enfermedad del empleado del familiar dependiente por la cual se presenta esta reclamación, resultó en su ocupación remunerada con sueldo o ganancia o durante su empleo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3. ¿Recomienda que se pague este reclamo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES: _____	
4. La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Enrolamiento	
Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina) _____	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____
Nombre del Dependiente (si corresponde) 77591	Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A _____
Nº del Grupo _____	Nº del Certificado Clase _____
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR Nombre del Tenedor de la Póliza, Empleador	Fecha en que se completa esta sección D/M/A _____
TECNISEGUROS S.A. Firma Autorizada _____ SELO DE LA EMPRESA ASEGURADORA	EJECUTIVO COMERCIAL Cargo _____
ADMINISTRACIÓN PROGRAMA DE SEGUROS PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR PUCE	FORM 2548 REV 7/91

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución Nº 91-171-S de Julio 8 de 1991

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: 1800 765 432 - Ventas: 1800 - 939 455 - e-mail: crmecuador@panamericanlife.com

SECCION C - Debe ser completada por el Médico Tratante

1. Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

2. Dar su diagnóstico completo _____

3. ¿Se debe su condición a embarazo? SI NO
En caso afirmativo, de la fecha aproximada en que se inició el embarazo _____
DIA MES AÑO

4. Si se practicó Cirugía, describa la operación _____

5. ¿En qué Hospital o Clínica se practicó la Cirugía? _____

Fecha _____
DIA MES AÑO

6. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:

En el Hospital: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u

En la Casa: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u

En el Consultorio: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u

7. ¿Ordenó usted la hospitalización? SI NO En caso negativo, indique el nombre del médico que la ordenó _____

8. Indique: Fecha de Admisión: _____ Fecha de Salida: _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

9. Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de esta condición? _____
DIA MES AÑO

10. ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado por esta condición debido a la misma causa? SI NO

En caso afirmativo indique

Nombre del Hospital _____ Fecha de Hospitalización _____
DIA MES AÑO

Diagnóstico _____

Nombre del Hospital _____ Fecha de Hospitalización _____
DIA MES AÑO

Diagnóstico _____

11. Según su opinión, ¿Fue causada la incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación? SI NO

En caso afirmativo, explique detalladamente: _____

12. ¿Ha sido la enfermedad bastante seria para impedir que el paciente trabaje? _____

Nombre del Médico _____ Firma del Médico _____

Sello del Médico _____ Fecha _____
DIA MES AÑO

OBSERVACIONES: _____

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N° 91-171-S de Julio 8 de 1991

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A.
Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: **1800 765 432** - Ventas: 1800 - 939 455 - e-mail: **crmecuador@panamericanlife.com**