

FORMULARIO DE RECLAMO



I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Nombre del Asegurado Principal (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Número de Póliza #

Celular

Correo electrónico

II- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Cedula /
Pasaporte

Fecha de Nacimiento
Mes/Día/Año

Sexo

M
 F

Relación con el Asegurado Principal Cónyuge Hijo Otro

III- DETALLES DEL DIAGNÓSTICO, LESIONES O ACCIDENTES:

Está relacionada esta condición con un accidente?

Si No

Si la respuesta es "SI", fue la lesión causada por el acto u omisión de una persona diferente al paciente?

Si No

Diagnóstico, naturaleza de la lesión o enfermedad:

Fecha de la lesión o enfermedad

Fecha de la primera consulta médica con referencia a esta condición o accidente

Síntomas similares ocurridos previamente? Si No Si la respuesta es "SI", cuando?

IV- PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON UNA HOSPITALIZACIÓN:

Nombre del Hospital

Periodo de hospitalización.

Desde

Hasta

V- INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS:

En conexión con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ha usted sometido o someterá reclamos, contra otra póliza de seguros médicos? Si la respuesta es "SI", por favor proporcione:

Si No

Nombre de la Compañía

Número de Póliza

VI- MÉTODO DE REEMBOLSO:

Cheque Transferencia bancaria a un banco en los Estados Unidos Transferencia bancaria a un banco fuera de los Estados Unidos

Esta Solicitud fue aprobada por la Superintendencia de Bancos y Seguros mediante Resolución No. SBSINSP-2011-175 Registro 33760.

VII- DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE:

Nombre del médico tratante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo) Número de licencia o registración

--	--

Dirección del médico tratante

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

Fecha de consulta

Firma del médico tratante

--	--

Certifico que la información declarada en las secciones VII y VIII las he completado a mi mejor entendimiento y de manera correcta.

VIII- TRATAMIENTO INDICADO:

Fecha de servicio	Médico o proveedor	Descripción servicios médicos proporcionados	Moneda	Cantidad
Total				
Cantidad cubierta por el asegurado				
Cantidad cubierta por otro seguro				
Balance pendiente al hospital, clinica, médico, etc				

IX- AUTORIZACIÓN Y FIRMAS:

Certifico que la información declarada en este formulario la he completado a mi mejor entendimiento y de manera correcta. Al presentar el original o fotocopia de esta autorización firmada, por este medio yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, institución de cuidados médicos, servicios de seguro, farmacia, compañía de seguros, empleador o asegurado principal de grupo, administrador del plan de beneficio del empleador, y/o compañía de control de calidad para proporcionar cualquier y toda información médica, pasada o presente, relacionada con mi persona o mis dependientes. Yo entiendo que la información autorizada para ser proporcionada en este documento será utilizada por Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S. A. para evaluar un reclamo de beneficios médicos. Cualquier información médica obtenida en el asesoramiento de este reclamo puede ser proporcionada a cualquier persona o organización considere necesario.

Firma del Asegurado Principal	Firma del paciente (si no es el Asegurado Principal y si es mayor de edad)
-------------------------------	--

Fecha	Fecha
-------	-------

Esta Solicitud fue aprobada por la Superintendencia de Bancos y Seguros mediante Resolución No. SBSINSP-2011-175 Registro 33760.