

Importante: Con la finalidad de procesar su reclamo rápidamente, le agradeceremos contestar todas las preguntas en forma detallada.

Sección "A" para ser completada por el asegurado principal			
Nombre de la empresa para la cual labora:			
Nombre completo del asegurado:			
Por este medio solicito el pago de los Gastos Médicos incurridos por:                      Mi                      Esposo (a)                      Hijo (a)			
Nombre completo del Paciente:		Edad:	Sexo:      F      M
Fecha de nacimiento:	Estado civil:	Ocupación:	
Correo electrónico:		Nacionalidad:	
<b>En caso de accidente</b>			
Indique cuando ocurrió:	Hora:	Donde ocurrió:	
Cómo ocurrió: (practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc.)			
<b>En caso de enfermedad</b>			
Describa los síntomas:			
Fecha en que dio inicio:		Fecha de la primera consulta:	
Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:			
Sí      No      Cuando:			
En caso afirmativo favor indicar el nombre, dirección y teléfono del médico y fecha en que fue diagnosticada :			
<b>En de maternidad:</b>			
Fecha de inicio del embarazo:			
Fecha del parto o aborto:			
<b>En cualquiera de los casos indique:</b>			
Nombre, dirección y teléfono del primer médico consultado y de otros médicos que prestaron sus servicios:			
Tiene seguro con otra compañía:      Sí      No			
Si su respuesta es afirmativa favor indicar el nombre y número de póliza:			
Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otros para que suministren a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS HONDURAS, S.A. cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, (expediente del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc. pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.			
Fecha:		Firma del asegurado:	
Dirección:		Teléfono:	
<b>FAVOR NO OLVIDE DE ADJUNTAR FACTURAS DETALLADAS DE TODOS LOS GASTOS EN QUE INCURRIO POR ESTA INCAPACIDAD, ORDENES Y RESULTADOS DE EXAMES DE DIAGNOSTICO, Y RECETAS DE MEDICINAS. EN DENTAL ES INDISPENSABLE ADJUNTAR RADIOGRAFIAS INICIALES Y FINALES.</b>			

Sección "B" para ser completada por la empresa contratante		
Trabajaba el asegurado cuando comenzó la incapacidad:	Sí	No
Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad:	Sí	No
Recomienda que se pague esta incapacidad:	Sí	No
Nombre del asegurado:		
Fecha efectiva del seguro:	Fecha de empleo:	
Nombre del dependiente:	Fecha efectiva del seguro:	
Nombre de la empresa contratante:		
Póliza número:	Certificado número:	Categoría o clase:
Firma autorizada:	Cargo:	
Fecha:	Sello de la empresa:	

**Sección "C" para ser completada por el médico tratante**

Nombre del paciente:	Edad:	Sexo:	F	M
Fecha de mi primera consulta por esta incapacidad:				
De su diagnóstico completo:				
Según su opinión cuando se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión:				
Fecha inicia del tratamiento:				
Ordeno usted hospitalización:    Sí    No    En caso negativo, indique el nombre del médico que la ordenó:				
Dirección:		Teléfono:		
Si el paciente fue referido por otro médico o hay otro médico involucrado favor citar:				
Nombre:	Dirección:	Teléfono:		

**Para su comodidad favor completar únicamente la sección que corresponde al tratamiento proporcionado**

<b>Tratamiento ambulatorio</b>		
Número de visitas en clínica:	Valor por visita:	Total:
Número de visitas a domicilio:	Valor por visita:	Total:
<b>Tratamiento hospitalario</b>		
Nombre del hospital:		
Fecha de admisión:	Fecha de egreso:	
Si no hay cirugía: describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones:		
Número de visitas dentro del hospital:	Valor por visita:	Total:
(Solo para casos en los que no hay cirugía involucrada). Honorarios por tratamiento:		
Si hay cirugía: indique el nombre del o los procedimientos realizados:		
<b>Maternidad</b>		
Si el reclamo es por maternidad indique:		
Fecha aproximada de fecundación:	Fecha de parto o aborto:	
Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuanto tiempo:		
Observaciones:		

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 que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico que obra en mi poder.

Nombre y sello del médico: \_\_\_\_\_ Colegiado No.: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsa 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.

**Sección para ser completada por la Compañía**  
**Confirmación de Coberturas**

Empleado asegurado:	Sí	No	Dependiente:	Sí	No	Cobertura de Gastos Médicos:	Sí	No
Póliza No.:	Certificado No.:		Plan:		Fecha de inclusión al plan:			
Prima pagada hasta:			Revisado por:			Fecha:		