



Con el propósito de brindarle un servicio oportuno y evitar contratiempos en el proceso de su reclamación, favor conteste cada una de las preguntas descritas en este formulario.

Este cuestionario debe ser entregado a **EQUIDAD COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.**, junto con los documentos originales de los gastos médicos incurridos en relación con la reclamación derivada del contrato contenido en:

POLIZA No. _____ CONTRATANTE _____ CERTIFICADO No. _____

Nombre del Asegurado _____ Número de Identidad _____ Edad _____

Nombre del Paciente _____ Parentesco con el Asegurado _____ Edad _____

☛ Teléfono Asegurado _____ Correo Electrónico _____

☛ Fecha en que aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

Nombre del Médico Consultado: _____ Especialidad _____ Teléfono _____

☛ Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia y cuáles fueron los síntomas:

☛ Continuación del tratamiento: SI NO Especifique: _____

☛ ¿Tiene algún otro Seguro contra enfermedades? SI NO Si su respuesta es afirmativa indicar:

Nombre de la Compañía de Seguros _____ No. De Póliza _____ Vigencia _____

Detalle de Gastos Ambulatorios	Valor del Gasto
1. Consultas Médicas	L. _____
2. Medicamentos	L. _____
3. Laboratorios	L. _____
4. Rayos X	L. _____
5. Exámenes Especiales	L. _____
6. Otros	L. _____
Total Gastos Presentados	L. _____

☛ Observaciones: _____

Certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y correctas a mi conocimiento y que los documentos presentados son auténticos. Asimismo autorizo a todos los doctores, hospitales y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico, para que suministren a EQUIDAD COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A., toda la información que requiera en relación con este reclamo, incluyendo copias de los documentos y relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

Asimismo, autorizó a Equidad Compañía de Seguros, S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la Póliza de la cual forma parte el presente documento.

Lugar y Fecha _____ Firma del Reclamante o Titular _____

RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRAMITE.

INFORME DEL MÉDICO

Nombre completo del paciente:

Describa ampliamente el diagnóstico de la enfermedad o lesión encontrada y las complicaciones si las hubiere:

En caso de paciente femenina, ¿Se debe este diagnóstico a EMBARAZO? SI NO

Edad gestacional por F. U. M. _____

¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia?

DIA _____ MES _____ AÑO _____

Indique la fecha de la Primera Consulta

DIA _____ MES _____ AÑO _____

¿Qué condición similar o igual a ésta ha tenido el Paciente y desde cuándo? _____

¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente? _____

¿Clase de tratamiento, cirugía o intervención practicada? _____

Describa detalladamente: _____

¿Costo de esta intervención? _____ ¿Con internación? Si No

FECHA EN QUE FUE EFECTUADA

Desde:

Día _____ Mes _____ Año _____

Hasta:

Día _____ Mes _____ Año _____

¿Dónde se efectuó?

Indique las fechas de tratamiento _____ Valor Cobrado por Visita _____ Total _____

Explique qué otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante, ¿Por qué? _____

¿Está todavía el paciente a su cuidado por esta condición?

SI NO

(Si fue dado de alta, señale la fecha)

DIA _____ MES _____ AÑO _____

Si hubiera fractura o dislocación, diga si es completa o incompleta:

Si hubiera fractura de huesos largos, diga la clase y localización:

¿Fue confirmado por rayos X? SI NO

OBSERVACIONES: _____

Lugar y Fecha: _____

Nombre y Dirección del Médico: _____

Firma y Sello del Médico