

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Estimado asegurado tomar nota que para evitar demoras innecesarias al momento de solicitar un servicio médico es indispensable la siguiente información, se le agradece completar con letra clara:

Nombre completo: _____

Teléfono: _____ No. DPI: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección domiciliar: _____

Dependencia donde labora: _____ Cód. de empleado: _____ Celular: _____ Edad: _____

Datos del paciente:
 Asegurado titular Cónyugue Hijo (a) Sexo: M F

Nombre completo del paciente: _____

Estado civil: Soltero Casado Otro Ocupación: _____ Fecha de nacimiento: _____
DIA MES AÑO

Póliza: _____ Certificado: _____ Reclamo: Inicial complemento P. Directo:

Si su reclamo es por complemento, indique: _____ Diagnóstico: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y facturas adquiridas son verificadas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, instituciones y otros para que suministren a SEGUROS CHN cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonidos y rayos X, etc. Pertenece a este reclamo. Queda entendido que la compañía de seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda información necesaria.

Firma del reclamante

Lugar y fecha

II. INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

Si su reclamo es complemento, indique: _____ Diagnóstico: _____

Nombre de la empresa: _____

Nombre del empleado asegurado: _____ Fecha de contratación: _____
DIA MES AÑO

Nombre del dependiente por el cual se presenta la reclamación: _____ Fecha de ingreso a la póliza: _____
DIA MES AÑO

Trabaja el empleado en esta empresa: cuando inicio la incapacidad: Si No Si es No identificar donde: _____

Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad: Si No Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo: Si No

Se recomienda que se pague este reclamación: Si No Porque: _____

Firma de la persona autorizada

Sello de la empresa contratante

Lugar y fecha:

III. PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de la primera consulta: _____ Diagnóstico completo y descripción del tratamiento: _____
DIA MES AÑO

Esta incapacidad es de origen:

Accidente: Adquirido: Congénito: Embarazo:

Tiempo de evolución de la incapacidad:

Fecha primera consulta:

_____|_____|_____
DIA MES AÑO

Fecha en que la enfermedad fue diagnosticada:

_____|_____|_____
DIA MES AÑO

Nombre del hospital:

Fecha de admisión:

_____|_____|_____
DIA MES AÑO

Fecha de egreso:

_____|_____|_____
DIA MES AÑO

¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o ha recibido tratamiento médico por esta condición? Especifique:

Tratamiento suministrado:

Observaciones:

Nombre del médico tratante:

Especialidad:

Teléfono clínica:

Celular:

Firma del médico tratante

Sello del médico

Lugar y fecha

Adjuntar al presente los siguientes documentos:

- 1 Orden de exámenes médicos / orden de medicamentos.
- 2 Record de servicio.
- 3 Historial Médico.
- 4 Certificación médica.
- 5 Copia del DPI.

En caso que la Aseguradora necesite documentos adicionales se le estará contactando para que presente la documentación que se le solicite conforme al artículo 897 del Código de Comercio.

La recepción de los documentos entregados a esta Aseguradora estará siendo revisada por un médico auditor, en caso de no cumplir con las condiciones estipuladas en la póliza contratada con esta compañía, la presente solicitud queda sin efecto.