

### 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 de residencia: \_\_\_\_\_

No. De cuenta a depositar \_\_\_\_\_ Clave de empleado: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

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

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

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 al Departamento de Seguros y Previsión de El Crédito Hipotecario Nacional de Guatemala cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonidos y rayos X, etc. Pertenciente 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 ingreso a la póliza \_\_\_\_\_  
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 su respuesta 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:

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, descripción del tratamiento y código quirúrgico: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

Esta incapacidad es de origen: Accidente:  Adquirido:  Congénito:  Embarazo:  Otro: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Tiempo de evolución de la incapacidad: \_\_\_\_\_ Fecha primera consulta: \_\_\_\_\_ Fecha en que la enfermedad fue diagnosticada: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

\_\_\_\_\_  
Nombre del hospital:

\_\_\_\_\_  
Fecha de admisión:

\_\_\_\_\_  
Fecha de egreso:

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

