

**Declaración del Asegurado** (Favor llenar en letra imprenta)

Estimado asegurado, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes.

Póliza No. / Unidad	Teléfono	Celular	Intermediario de seguros

Contratante (sólo si es Póliza Colectiva)	
	Dirección de correo electrónico del asegurado

Nombre del Asegurado			
Nombre	2 <sup>do</sup> Nombre	Apellido	2 <sup>do</sup> Apellido

Nombre del Reclamante (paciente)			
Nombre	2 <sup>do</sup> Nombre	Apellido	2 <sup>do</sup> Apellido

Fecha de nacimiento			Cédula
día	mes	año	

**Observaciones del reclamo:**

¿Tiene usted otra póliza que cubra estos gastos? Si  No  Cía. de Seguros

**Este reclamo se refiere a:**

Reclamo presentado por primera vez Si  No  No. de Póliza   
 Medicamento de uso prolongado Si  No   
 Laboratorios de seguimiento de tratamiento inicial Si  No   
 Rayos X de seguimiento de tratamiento inicial Si  No   
 Otros Si  No

**Espacio para ser completado solamente para reclamos por Accidentes Personales**

Fecha del Accidente			Hora
día	mes	año	

En caso de accidente de tránsito: ¿Hubo parte de tránsito? Si  No  En caso afirmativo favor adjuntar a este formulario el parte de tránsito.  
 Indique el diagnóstico, los síntomas o lesiones por los cuales está haciendo el reclamo. Asimismo indicar el lugar y las circunstancias del mismo:

Favor incluir los siguientes documentos: recibos originales y copia de la cédula.  
 En caso de desmembramiento, favor presentar los Rayos X del miembro afectado.

**"Certifico que la información antes mencionada es correcta.**

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.**"

\_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado

Fecha \_\_\_\_\_  
 día mes año

Estimado doctor, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes.

## Declaración del médico

Nombre del paciente Patient's Name				Fecha de nacimiento Date:			Edad Age	Sexo Sex
Nombre/Name	2 <sup>do</sup> Nombre/2 <sup>nd</sup> . Name	Apellido/Last Name	2 <sup>do</sup> Apellido	día/day	mes/month	año/year		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Diagnóstico	ICD
Diagnosis	ICD

¿Cuándo se iniciaron los síntomas de esta condición? / When did the symptoms of this condition begin?

día day	mes month	año year
------------	--------------	-------------

Descripción de los síntomas que presenta el asegurado / Description of the symptoms presented by the insured

---



---

Hallazgos físicos que apoyen el diagnóstico ó los síntomas indicados / Physical findings that support the diagnosis or symptoms listed

---



---



---

¿Ha sido tratado el paciente previamente por alguna(s) condición(s) relacionada(s) a ésta? Si es afirmativo, indicar el nombre del(los) médico(s) tratante(s). / Has the patient been previously treated by some condition (s) related to this? If so, please indicate the name of the treating doctor (s) / physician (s)

---

día day	mes month	año year
------------	--------------	-------------

Exámenes de laboratorio o rayos X que se ordenaron / Laboratories or X-rays that were ordered

---



---

Descripción de Servicios / Description of Services

Descripción Description	Fecha de atención Date			Costo Cost	Lugar Place
	día/day	mes/month	año/year		

Observaciones/Prognosis  
Notes

---



---



---

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mí corresponden a los servicios que he prestado.  
I certify that I am the attending physician and that my statements correspond to the services rendered.

Dr. \_\_\_\_\_  
Nombre y Sello Name & Print

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
No. de Identificación I.D Number

\_\_\_\_\_  
Dirección/Teléfono Address/Telephone

\_\_\_\_\_  
Fecha Date

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico E-mail