

R.U.C: 1791273486001

CIUDAD:	FECHA DE DECLARACIÓN:
	DD MM AA

CON EL AFÁN DE SERVIRLE COMO USTED SE MERECE Y EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN LA LIQUIDACIÓN EN SU RECLAMO, SÍRVASE CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS LO MÁS CLARO POSIBLE.

1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO RECLAMANTE			
ASEGURADO:	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA	No. DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:
			DD MM AA
PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
PÓLIZA No.:		FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA:	
		DD MM AA	
NOMBRE DE LA EMPRESA EN LA CUAL LABORA:		FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	
		DD MM AA	
BENEFICIARIO RECLAMANTE: DILIGENCIE ESTA SECCIÓN SI EL BENEFICIARIO RECLAMANTE ES DIFERENTE AL ASEGURADO			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA	No. DOCUMENTO:	PÓLIZA No.:	FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA:
			DD MM AA
PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
2. RECLAMACIÓN ASISTENCIA MÉDICA			
NOMBRE DEL PACIENTE:			
DESCRIBA SU ENFERMEDAD O DOLENCIA:			
DETALLE Y ENUMERE LAS FACTURAS QUE ADJUNTA:			
<input type="checkbox"/>	FACTURA HONORARIOS MÉDICOS		USD
<input type="checkbox"/>	FACTURA MEDICINAS		USD
<input type="checkbox"/>	FACTURA LABORATORIOS RAYOS X		USD
<input type="checkbox"/>	FACTURA DE HOSPITAL O CLÍNICA		USD
<input type="checkbox"/>	OTROS		USD
	TOTAL DE SUS GASTOS		USD
ADJUNTE LAS ÓRDENES MÉDICAS PARA LAS MEDICINAS Y LOS EXÁMENES MÉDICOS O RAYOS X			
Certifico que todas las respuestas anteriores son correctas y verdaderas y por este medio autorizo a los doctores hospitalares y cualquier institución para que suministre información (adjunto copias completas de sus archivos), en relación con este reclamo a EQUIVIDA S.A.			
<hr/> FIRMA DEL ASEGURADO DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.:	<hr/> FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE	<hr/> FIRMA DEL FUNCIONARIO EQUIVIDA QUE RECIBE	

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del paciente: Edad:

Diagnóstico específico:

Procedimiento quirúrgico:

¿Hubo complicaciones? SI NO

En caso afirmativo explique:

¿Cuándo fue consultado por primera vez?

¿El paciente ha sufrido de esta dolencia anteriormente?

En caso afirmativo, explique:

¿Solicitó usted exámenes médicos o rayos X? SI NO

Dé las fechas del tratamiento:

Consultorio:

Domicilio:

Hospital:

¿Se debe su condición a embarazo? SI NO

Fecha aproximada de inicio del embarazo:

Sírvase extender recibo por sus honorarios.

OBSERVACIONES:

Fecha:

Nombre del Médico:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N°SB-INS-99-431 del 7 de diciembre de 1.999.