

Nombre del producto: _____

Póliza N°.	Reclamo N°.
-------------------	--------------------

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Directo: _____
 PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

Nº. Identificación: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección exacta o Apartado Postal: _____

Cuenta IBAN del Asegurado Directo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Moneda: Colones Dólares Otro: _____

Yo _____ documento de identidad N° _____, autorizo para que los montos resultantes de la indemnización de los gastos médicos presentados, sean depositados en la cuenta cliente N° _____, Moneda _____ del banco _____, la cual se encuentra a nombre de _____ con documento de identidad _____.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
 PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

Nº. Identificación: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Profesión u Oficio: _____ Género: Masculino Femenino

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: Cónyuge Mi persona Hijo (a)

Compañía en la que labora o Centro de Estudios: _____

¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? SI NO

Nombre de la compañía _____ N° de póliza _____

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

El reclamo fue a consecuencia de: ENFERMEDAD ACCIDENTE MATERNIDAD OTROS

Naturaleza de la dolencia o enfermedad (detalle los síntomas, si se debió a accidente, dónde, por qué y cómo pasó) Consecuencias _____

_____. Primeros síntomas manifestados de la enfermedad o accidente: _____

Fecha: _____ Lugar: _____ Ocupación: _____

¿Se debió esta dolencia a la ocupación del paciente?: SI NO

Indique nombre y teléfono de los testigos que presenciaron el accidente: _____

Si estuvo hospitalizado indique el nombre del hospital y días que estuvo recluido: _____

Nombre y domicilio del médico (s) que le prestó (aron) los primeros auxilios. Indique si es médico habitual del Asegurado. En caso de enfermedad indique el nombre del médico que lo atiende:

NOMBRE	DIRECCIÓN	Primera fecha consulta		
		día	mes	año

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los doctores u otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo al INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS). Asimismo autorizo a los funcionarios que el I.N.S designe, para consultar y recopilar toda la información contenida en mis expedientes en cualquier otro centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Nombre y cédula del reclamante	Firma	Fecha
--------------------------------	-------	-------

DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO DE CABECERA
(Llenarla a computadora o con letra imprenta)

PARTE B

Nombre del Paciente:

Edad:

Descripción clínica (síntomas y signos) y evolución de los mismos. Para casos de accidente detalle el mecanismo de trauma (descripción del evento).

Diagnóstico (s) etiológico (s) final (es).

Fecha de Evolución

Relacione cada una de sus indicaciones (exámenes, medicamentos, etc.) con el o los diagnósticos.

¿Cuándo le consultó el paciente por primera vez sobre esta condición?

¿Ha sufrido el paciente de esta enfermedad anteriormente? ¿Cuándo?

¿Qué relación tiene este diagnóstico con otros padecimientos del asegurado?

¿Desde cuándo ha tratado al asegurado como paciente? ¿Sobre cuál diagnóstico?

Describa detalladamente la clase de tratamiento, procedimiento o cirugía practicada.

Costo detallado de cada procedimiento: ¿Con hospitalización? SI NO

Consulta médica _____

Procedimiento _____

Costo del procedimiento _____

Procedimiento _____

Costo del procedimiento _____

Procedimiento _____

Costo del procedimiento _____

Cirugía _____

Costo de la cirugía _____

Fecha y lugar donde fue realizada:

Explique qué otra intervención quirúrgica se anticipa más adelante. ¿Por qué?

¿Esta todavía el paciente a su cuidado por este diagnóstico? (Si fue dado de alta, indique la fecha)

SI NO Fecha del alta: _____

Fecha

Nombre del médico, teléfono y dirección completa

Firma del médico

Nota: Si el espacio no es suficiente, puede adjuntar hoja adicional para detallar, la misma debe estar claramente identificada con el nombre del paciente y firmada y sellada por el médico.

Favor entregar al asegurado, los informes de los estudios realizados a su paciente, para que aporte las fotocopias de los mismos.