Formulario de Reclamos de Seguro Médico Hospitalario

Dirección Calle Loma Linda, No. 265, Col. San Benito, San Salvador
Teléfono (503) 2133-9665; 9659; 9666; 9629

Ver.04

1. Sección para ser completada por el asegurado

DATOS GENERALES											
Nombre del contratante:											
No. de póliza:		No. de certificado:		E-mail:						Teléfono:	
Nombre del asegurado titular:										Celular:	
Sexo:	M ☐ F ☐	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	DUI:				NIT:	
Nombre del paciente:											
Sexo:	M ☐ F ☐	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Parentesco:					

Informe sobre el padecimiento								
¿Fue causada la dolencia por un accidente?	SI ☐ NO ☐	En caso afirmativo ¿Cuándo ocurrió?	Día	Mes	Año			
¿Dónde y cómo ocurrió?								
En caso de enfermedad ¿En qué fecha comenzó?	Día	Mes	Año	¿La causa del padecimiento está relacionada con su ocupación?	SI ☐	NO ☐		

Solicitud de reembolso	Total de gastos presentados	US$
Para efectos de pago, debe anexar resultados de exámenes y/o estudios realizados, hoja de emergencia, detalle de cuenta hospitalaria, informe médico, notas de evolución y reporte operatorio en caso de cirugías.		
Otras observaciones o comentarios:		

Declaro que estos datos son verdaderos y autorizo a los médicos, hospitales y otras personas e instituciones que me atendieron, para que suministren a ASSA Vida S.A., Seguros de Personas, cualquier información relacionada con este reclamo y si existiese falsedad en la información, la compañía no estará obligada a pagar ningún reclamo.

Firma Asegurado_____ Fecha_____

2. Autorización de pago

Información bancaria del asegurado		
No. de cuenta:	Ahorro:	Corriente:

En mi calidad de asegurado, por medio de la presente autorizó a ASSA VIDA S.A., Seguros de Personas, para que en caso de que sea aprobada la reclamación, realice la transferencia de la suma determinada como indemnización según las condiciones del contrato de seguro, aceptando como válida esta forma de pago para dar por finiquitada por mi persona la obligación de ASSA VIDA S.A., Seguros de Personas, depositando en mi cuenta bancaria del BANCO AGRICOLA S.A.

Condiciones de la autorización de pago

1. En caso de no poseer cuenta con BANCO AGRICOLA S.A. autorizo a ASSA Vida S.A., Seguros de Personas a emitir el reembolso a través de la modalidad **boleta de pago**. (El pago a través de la modalidad boleta de pago estará disponible para su retiro, a partir de la fecha de notificación, en la agencia del BANCO AGRÍCOLA, S.A. de su preferencia únicamente presentándose con su DUI)
2. La cuenta bancaria que he autorizado para la consignación fue de mi libre elección, y en ella tengo la calidad de titular.
3. Si ASSA Vida S.A., Seguros de Personas encuentra la cuenta inactiva, cancelada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá, aplicar su pago a través de la modalidad boleta de pago.
4. Exonero a ASSA Vida S.A., Seguros de Personas de toda responsabilidad por descuentos que puedan ser deducidos del reembolso pagado, derivado de saldos pendientes, servicios, comisiones entre otros; vinculados con la cuenta antes señalada y que sean independientes de la relación contractual que vincula a ASSA Vida S.A., Seguros de Personas.

3. Sección para ser completada por el médico tratante

Nombre del paciente:							
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Fecha de inicio de la enfermedad:	Día	Mes	Año
Diagnóstico principal:							
Otros diagnósticos:							
Observaciones del médico tratante:							
En caso de paciente femenino ¿Se debe la condición a embarazo?	SI ☐	NO ☐		En caso afirmativo, fecha de inicio del embarazo:	Día	Mes	Año

Servicios suministrados al paciente			
Cirugía		**Atención médica**	
Paciente hospitalizado:		En consultorio del médico:	
Ambulatoria en hospital:		Emergencia en hospital:	
En consultorio del médico:		Domiciliar:	

Si hubo hospitalización:	Desde:	Día	Mes	Año	Hasta:	Día	Mes	Año
Nombre del hospital								

Datos del médico			
Nombre:			
DUI:	NIT:	E-mail:	Teléfono:

En caso de crédito		
No. de Cuenta BANCO AGRICOLA, S.A.	Ahorro:	Corriente:

Firma y sello del médico: _____ Fecha: _____

4. Sección de aprobación del contratante

Firma y sello del contratante: _____ Fecha: _____

5. Para uso exclusivo de ASSA Vida, S.A. Seguros de personas

Beneficios	**Detalle de gastos cubiertos en U$$**			
	Presentados	**Plan básico**	**Plan GMM**	**No cubiertos**
Cuarto y alimentación (días por US$)				
Gastos de hospital				
Honorarios médicos por cirugía				
Honorarios por ayudantía quirúrgica				
Honorarios por anestesiología				
Visitas médicas hospital/externa (Cant.)				
Medicinas bajo receta médica				
Rx. y Laboratorio clínico				
Terapias respiratorias y físicas				
Aparatos ortopédicos				
Vacunas				
Otros				
Totales	$	$	$	$
(-) Deducible		$	$	
Balance		$	$	
% de reembolso		%	%	
Coaseguro		$	$	$
Reembolso		$	$	