

Formulario de Reclamación Servicios Médicos

Datos del Asegurado			
1.Primer Nombre:		2.Segundo:	
3.Primer Apellido:		4.Segundo Apellido:	
5.Cédula:		6.Fecha de Nacimiento: dd / mm / aa	7.Tel:
8.No. Cel.:	9.No. Fax:	10.Email:	
11.Sexo: Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>		12.Nombre Empresa:	
13. Número de Póliza:		14.Número de Afiliado:	
15.Parentesco del afiliado principal: Usted <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>			
16.Está asegurado por otro plan? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		17. Fecha Emisión: dd / mm / aa	
18. Nombre de la otra Aseguradora:			
Descripción del Servicio			
19.Fecha de inicio: dd / mm / aa		20.Fecha de Salida: dd / mm / aa	
21.Diagnóstico o causa del servicio: _____			
22.Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> 23.Describir hecho sucedido: _____			
24.Ha sido usted tratado o ha tenido el mismo tipo de condición anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
25.Favor nombrar los doctores con sus teléfonos y los hospitales que ha visitado con respecto a esta condición:			
Facturas y/o Comprobantes de Pago			
Detalle a continuación las facturas y/o comprobantes de pagos suministrados por los proveedores y anexe los originales de las mismas. En caso de poseer resultados de laboratorios, favor anexar las pruebas de imágenes e informes médicos.			
Nombre del Proveedor	Descripción del Servicio	Día / Mes / Año	Costo

Nota: Declaro que toda información que contiene este formulario es correcta y verídica bajo mi mejor conocimiento. Yo autorizo a cualquier médico, profesionales en el área de la salud, hospital, clínica, facilidad o centro de salud, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguro, administradora de riesgo de salud, grupo de póliza, empleado o administrador de plan de beneficio, a tener información, advertencia, tratamiento, diagnóstico o pronóstico de alguna condición física o mental, de estado financiero, estado de empleo o del nombre de asegurado abajo a revelar esta información a Humano Seguros.

Firma del asegurado o representante legal

Fecha: