

Para proceder con el reclamo, debes presentar la documentación completa y especificada en las condiciones generales de acuerdo al producto y al beneficio por el cual presentas reclamación. Completa el formulario con letra legible y en todos los campos requeridos.

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°: _____ Correo electrónico: _____

Tipo de póliza:

Salud Colectivo Salud Individual Accidentes Personales

Nombre del contratante (solo si es diferente al asegurado principal): _____

Nombre del asegurado principal: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Día Mes Año

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____ Parentesco: _____
Día Mes Año

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO

En cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la historia clínica, autorizo de manera expresa a cualquier hospital, clínica, institución prestadora de servicios de salud, médico o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mi persona, para que suministre a SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, copia de historia clínica o cualquier información que considere necesaria para la celebración del contrato de seguro o para la posterior atención de cualquier reclamación que se efectúe a ésta.

AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO CON ABONO A CUENTA

En mi calidad de asegurado, por medio de la presente autorizo a SEGUROS SURA, 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 SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, depositando en cuenta bancaria que relaciono a continuación:

Nombre del titular de la cuenta: _____

DUI: _____ NIT: _____

Banco: Banco Agrícola Banco Promérica Banco Cuscatlán Banco de América Central Davivienda

Tipo de cuenta: Ahorro Corriente Número de cuenta: _____

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO CON ABONO A CUENTA PARA EL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

1. La cuenta bancaria que he autorizado para la consignación fue de mi libre elección, y en ella tengo la calidad de titular.
2. Si SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, encuentra la cuenta inactiva, cancelada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá, si es necesario o lo considera pertinente, suspender la transacción hasta que se acuerde una nueva forma de pago o una nueva cuenta llenando al efecto un nuevo formulario, sin que esto configure incumplimiento en el pago de la indemnización por parte de SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS.
3. Exonero a SEGUROS SURA, 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 SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS.

Firma del tomador o contratante

Firma del asegurado

Firma del representante legal

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Día Mes Año

Diagnóstico principal: _____ Código de diagnóstico (CIE 10): _____

Otros diagnósticos: _____

Procedimiento quirúrgico: _____

¿Fue causada la dolencia por un accidente?: Sí No

En caso afirmativo indica fecha: __/__/____
Dia Mes Año

¿Dónde ocurrió?

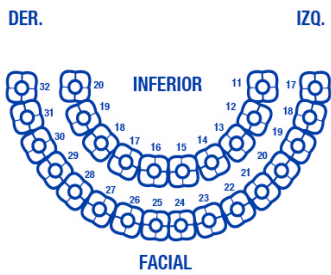
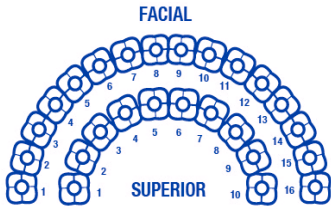
En caso de enfermedad en qué fecha comenzó: __/__/____
Dia Mes Año

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL DIAGRAMA

- Piezas ausentes indicar con X, piezas extraídas indicar con E.
- Piezas obturadas indicar relleno en la parte correspondiente.
- Prótesis fija o removible, efectuar dibujo circundando los círculos.

MARCA PIEZAS A TRABAJAR / TRABAJADAS / INEXISTENTES

| Nº diente | Superficie | Descripción | Valor unitario | Valor total |
|-----------|------------|-------------|----------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Total | |



Fecha (Día/Mes/Año)

Nombre del médico

Firma y sello del médico

Para más información sobre tu reclamo puedes escribirnos al correo electrónico: reclamospersonas@asesuisa.com