

FORMULARIO DE RECLAMOS DE GASTOS MÉDICOS

SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS



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°:	Nombre del paciente:
Correo electrónico:	Fecha de nacimiento: -- / -- / -- -- <small>Día Mes Año</small>

EXCLUSIVO DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del médico:			
Atención médica:			
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Hospitalaria	<input type="checkbox"/> Domiciliar	Otra:
Diagnóstico principal:	Código de diagnóstico (CIE 10):		
Otros diagnósticos:	Procedimiento quirúrgico:		
¿Fue un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de ocurrencia: -- / -- / -- -- <small>Día Mes Año</small>	Lugar:	

Fecha de inició de la enfermedad: -- / -- / -- -- <small>Día Mes Año</small>		
¿Se debe la condición a un embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio del embarazo: -- / -- / -- -- <small>Día Mes Año</small>	Fecha probable del parto: -- / -- / -- -- <small>Día Mes Año</small>

Si el servicio fue en hospital, indica el nombre:

Observaciones del médico tratante:

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.

Fecha (Día/Mes/Año)

Nombre del asegurado

Firma y sello del médico

Si deseas actualizar o agregar Abono a Cuenta, puedes descargar el Formulario de Abono a Cuenta en www.asesuisa.com, completarlo y enviarlo a correo unidaddepagosasesuisa@asesuisa.com