

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: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: -- / -- / ---- Parentesco: _____ Sexo: F M
Día Mes Año

Dirección actual: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Fecha de la 1° consulta relacionada con diagnóstico anterior: -- / -- / ---- Fecha tentativa de inicio de enfermedad: -- / -- / ----
Día Mes Año

Estudios especiales: Sí No Procedimiento quirúrgico: Hospitalario Ambulatorio

Nombre de procedimiento: _____

Nombre del centro hospitalario o centro de imágenes / estudios diagnósticos: _____

Completa los siguientes valores con IVA incluido:

Honorarios quirúrgicos	\$	Anestesia	\$	Ayudantía	\$
Biopsia	\$	Estudio de imagen o diagnóstico	\$	Otros	\$

Resumen médico: _____

Fecha (Día / Mes / Año) _____ Firma del asegurado _____ Firma y sello del médico _____

Nota:
Debes presentar este formulario debidamente completado con tres días de anticipación y anexar la siguiente documentación:
• Informe médico completo detallando: tiempo de evolución de la enfermedad, hallazgos según examen físico realizado por médico tratante, sintomatología de la enfermedad y tratamientos indicados.
• Lectura de resultados de estudios previos.

Al tener todos los documentos mencionados anteriormente, favor enviarlos al correo electrónico: preautorizacionesperonas@asesuisa.com