



Con el propósito de brindarle un servicio oportuno y evitar contratiempos en el proceso de su reclamación, favor conteste cada una de las preguntas descritas en este formulario.

Este cuestionario debe ser entregado a **EQUIDAD COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.**, junto con los documentos originales de los gastos médicos incurridos en relación con la reclamación derivada del contrato contenido en:

POLIZA No. \_\_\_\_\_ CONTRATANTE \_\_\_\_\_ CERTIFICADO No. \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Número de Identidad \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Parentesco con el Asegurado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha en que aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Consultado: \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia y cuáles fueron los síntomas:

Continuación del tratamiento: SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro Seguro contra enfermedades? SI  NO  Si su respuesta es afirmativa indicar:

Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ No. De Póliza \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_

Detalle de Gastos Ambulatorios	Valor del Gasto
1. Consultas Médicas	L. _____
2. Medicamentos	L. _____
3. Laboratorios	L. _____
4. Rayos X	L. _____
5. Exámenes Especiales	L. _____
6. Otros	L. _____
<b>Total Gastos Presentados</b>	L. _____

Observaciones: \_\_\_\_\_

Certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y correctas a mi conocimiento y que los documentos presentados son auténticos. Asimismo autorizo a todos los doctores, hospitales y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico, para que suministren a EQUIDAD COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A., toda la información que requiera en relación con este reclamo, incluyendo copias de los documentos y relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

Asimismo, autorizó a Equidad Compañía de Seguros, S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la Póliza de la cual forma parte el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante o Titular

**RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRAMITE.**

# INFORME DEL MÉDICO

Nombre completo del paciente:

\_\_\_\_\_

Describa ampliamente el diagnóstico de la enfermedad o lesión encontrada y las complicaciones si las hubiere:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de paciente femenina, ¿Se debe este diagnóstico a EMBARAZO? SI  NO

Edad gestacional por F. U. M. \_\_\_\_\_

¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia?

DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

Indique la fecha de la Primera Consulta

DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

¿Qué condición similar o igual a ésta ha tenido el Paciente y desde cuándo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente? \_\_\_\_\_

¿Clase de tratamiento, cirugía o intervención practicada? \_\_\_\_\_

Describa detalladamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Costo de esta intervención? \_\_\_\_\_ ¿Con internación? Si  No

## FECHA EN QUE FUE EFECTUADA

Desde:

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Hasta:

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿Dónde se efectuó?

\_\_\_\_\_

Indique las fechas de tratamiento \_\_\_\_\_ Valor Cobrado por Visita \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

Explique qué otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Está todavía el paciente a su cuidado por esta condición?

SI  NO

(Si fue dado de alta, señale la fecha)

DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

Si hubiera fractura o dislocación, diga si es completa o incompleta:

\_\_\_\_\_

Si hubiera fractura de huesos largos, diga la clase y localización:

\_\_\_\_\_

¿Fue confirmado por rayos X? SI  NO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico