

INFORME DE RECLAMACION SEGURO QUIRURGICO

Estimado Asegurado: Favor completar este formulario en todas las casillas correspondientes, de acuerdo con el procedimiento quirúrgico realizado. En caso de que el procedimiento se haya realizado a un Familiar Incluido menor de edad, el formulario debe ser llenado y firmado por el Asegurado Principal y/o Representante Legal del menor.

PARTE I

<i>Fecha de Reclamo:</i>		<i>Plan:</i>		<i>N° Póliza</i>	
<i>Contratante o Cooperativa</i>					
<i>Nombre de Asegurado Titular</i>					
<i>Asegurado Reclamante</i>					
<i>Lugar y fecha de nacimiento</i>					
<i>Dirección del Asegurado</i>					
<i>Procedimiento Quirúrgico</i>		<i>Gastos de Hospitalización</i>		<i>Gastos de Consulta</i>	

PARTE II

Reclamación por Enfermedad.

<i>Fecha desde cuando padecía la enfermedad o cuando presentó primeros síntomas</i>					
<i>Diagnóstico del Padecimiento</i>					
<i>Fecha de Diagnóstico</i>					
<i>Exámenes requeridos</i>					
<i>Tratamiento de urgencia</i>		<i>Tratamiento Programado</i>			
<i>Procedimiento quirúrgico realizado</i>					
<i>Fecha de Procedimiento quirúrgico</i>					
<i>¿Hospitalización requerida?</i>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
<i>Hospital</i>					
<i>Fecha de Ingreso</i>		<i>Fecha salida:</i>			
<i>¿Consultó por la misma causa anteriormente?</i>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
<i>Tratamiento suministrado</i>					
<i>¿Consultó otros médicos por la misma causa?</i>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
<i>Nombre de los médicos que consultó por la misma causa</i>					

Reclamación por Accidente u Otros

Fecha y lugar de ocurrido	
¿Cómo ocurrió el accidente?	
Daños sufridos por el asegurado	
Tratamiento realizado	

Reclamación por Embarazo

Fecha de inicio del Embarazo		Fecha de Parto	
Nº de parto		Tipo de Parto	
Hospital del ingreso			
Fecha de Ingreso:		Fecha egreso	

PARTE III

REQUISITOS QUE DEBERÁ ANEXAR AL PRESENTE INFORME DE RECLAMACION:

1. Fotocopia legible de DUI del Asegurado Principal
2. Fotocopia legible de DUI de Familiar Incluido que reclama
3. Partida de Nacimiento original y hasta 6 meses de antigüedad a la emisión (cuando el reclamante sea un Familiar Incluido Menor de edad)
4. Fotocopia de la **Solicitud Certificado del Seguro Quirúrgico**
5. Historial Clínico **(Reclamación por Enfermedad, e Institución Publica y/o ISSS)**
6. Reporte Operatorio
7. Exámenes de Laboratorio y Gabinete
8. Formulario de Informe del Médico Tratante **(Completado, firmado y sellado por el Médico Particular)**
9. Parte Policial **(Sólo en caso de accidente o actos delincuenciales)**
10. Otros que la Aseguradora requiera para comprobar la causa del reclamo

Las declaraciones anteriores son verdaderas y las he hecho de buena fe; por consiguiente, pido a la **SEGUROS FUTURO, A.C. DE R.L.**, que una vez completadas las prueba de esta reclamación y si estas son suficientes, a su juicio, liquide la Póliza en referencia por el valor a que tengo derecho.

Lugar: _____ Fecha _____ de _____ de _____.

Firma de Asegurado Principal o Familiar Incluido