



LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A.
Av. Olímpica No.3333, San Salvador **Reclamo No.** _____
Reclamos de Gastos Médicos
FORMULARIO DE RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS

Para agilizar el trámite de su reclamo, conteste correctamente el siguiente cuestionario, adjuntando las facturas detalladas de los gastos incurridos en médicos y hospitales. Este formulario deberá presentarse al Contratante de la Póliza y al Médico tratante para que completen la parte que les corresponde.

SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Nombre del empleado Asegurado _____	Nombre del Asegurado afectado _____ Edad _____ Sexo M () F ()
1 Póliza No. GM _____ Fecha de Ingreso _____ Inscripción No. _____	
2 Se debe esta reclamación a lesión o dolencia contraída durante el trabajo? SI () NO ()	
3 Se han reclamado gastos por la misma causa por otro y otros Seguros de Enfermedad o Accidente? SI () NO () En caso afirmativo, dar detalle _____	

SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

1 ¿Se debe la dolencia a la ocupación del paciente? SI () NO ()
2 Indique la naturaleza de la dolencia _____
3 ¿La dolencia se debió a un accidente? SI () NO () ¿Cuándo ocurrió? Fecha _____ Hora _____ Lugar donde ocurrió _____ ¿Cómo ocurrió? _____
4 En caso de enfermedad ¿Cuándo se presentaron los primero síntomas? _____ ¿Cuándo empezó su tratamiento? _____
5 Médico o médicos que consulto cuando se presentaron los primeros síntomas (Nombre y Especialidad _____
6 De la fecha de la primera consulta _____
7 De nombre y dirección de su médico actual y de todos los otros que asisten por esta Enfermedad o accidente _____
8 ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI () NO () En caso afirmativo, indique Nombre del Hospital _____ Fecha de Admisión _____ Fecha de salida _____



ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

Confirmo, en mi condición de Médico, haber asistido al paciente _____
Edad _____

1 Descripción completa del padecimiento o de las lesiones _____

En caso de paciente femenino, se debe a embarazo? SI () NO ()

Si la respuesta es afirmativa, edad del embarazo _____

2 Según su opinión, en qué fecha comenzó la causa básica de la enfermedad/accidente? _____

Tiempo de evolución _____

3 Ha sido tratado por la misma causa u otras? SI () NO ()

En caso afirmativo, indique fechas, médicos, así como otros que considere relevantes: _____

4 Estuvo hospitalizado por causa de este mismo reclamo? SI () NO ()

Hospitalizado en _____

Fecha de ingreso _____ Fecha de salida _____

5 Número de días que asistió el paciente? _____ Fecha de primera consulta _____

6 El tratamiento consistió en (detalle de los medicamentos, análisis Rx) _____

7 Si se practicó intervención quirúrgica, indique en que consistió (en caso de cesárea, indicar el número de Ellas que se han practicado)

8 Quedara el paciente con algún padecimiento o secuela? _____

9 Si la causa fue por accidente

Fecha en que ocurrió _____ Lugar en que ocurrió _____

10 Cuando estima usted que el paciente se considerará curado? _____

Observaciones _____

Lugar y Fecha

Nombre del Médico

Firma y Sello

No. JVPM

Dirección y teléfono del Médico _____

Nombre, N° DUI, Firma del Asegurado _____