

COMO PRESENTAR UN RECLAMO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTES

1. Solicitar que el médico complete la " SECCION C " para cada accidente que éste atienda de cada miembro de la familia asegurada.
2. Complementar cada pregunta de la " SECCION A " debidamente y firmada en el lugar indicado.
3. Entregar este a la persona encargada de la póliza en su grupo para que lo autorice y sea enviada a la Compañía de seguros para el ajuste correspondiente.

NOTAS IMPORTANTES:

1. Debe adjuntar con el reclamo el ORIGINAL de todas las facturas y recibos de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con su receta) que corresponde al caso.
2. En reclamos que no sean de URGENCIA para los cuales se recomienda una Intervención Quirúrgica o Reclusión Hospitalaria para realizar Procedimientos Diagnósticos. (Ejm: endoscopia), se debe obtener antes de proceder, una Segunda Opinión Médica por escrito para ser adjuntada al reclamo.

A- PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO ASEGURADO

1. Nombre Completo

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Edad _____ Grupo: _____			
Cuándo ocurrió el accidente? _____			
Dónde ocurrió el accidente? _____			
Cómo ocurrió el accidente? _____			
Qué otro seguro posee que pueda cubrir parte de los gastos por los cuales se hacen los reclamos. _____			

2. Ha recibido anteriormente algún tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a este accidente?

Si No

En caso afirmativo, favor indicar detalle, incluyendo fechas, médicos y clínicas.

Por este medio certifico que las repuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualquiera otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales o cualesquiera otra instrucciones para que suministren información completas (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a Seguros Suramericana, S. A.

Fecha y Ciudad .

Firma del Empleado Asegurado

B- PARA SER COMPLETADA POR LA PERSONA AUTORIZADA (POR EL EMPLEADOR O EL GRUPO ASEGURADO, EN SU CASO):

1. Nombre del Grupo Asegurado _____ No. de Póliza _____
2. Nombre del Empleado Asegurado _____ No. de Certificado _____
3. Fecha en que entró en vigencia la cobertura de la persona por la cual se hace el reclamo, (es decir el paciente) _____
4. Posición del empleado asegurado en el Grupo _____
5. Considera Usted que este reclamo es razonable, necesario y correcto _____

OBSERVACIONES: _____

Fecha y Ciudad

Firma Autorizando el Reclamo

Cargo

