

# FORMULARIO DE RECLAMO

Para ser completado por el médico tratante

## I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Nombre del Asegurado Principal (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Número de Póliza

Celular

Correo electrónico

## II- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente (2 apellidos, primer nombre e inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento  
Mes/Día/Año

Sexo

M  
 F

Relación con el Asegurado Principal  Cónyuge  Hijo  Otro

## III- DETALLES DEL DIAGNÓSTICO, LESIONES O ACCIDENTES:

¿Está relacionada esta condición con un accidente?  Si  No

Si la respuesta es "SI", ¿fue la lesión causada por el acto u omisión de una persona diferente al paciente?  Si  No

Diagnóstico, naturaleza de la lesión o enfermedad:

Fecha de la lesión o enfermedad

Fecha de la primera consulta médica con referencia a esta condición o accidente

¿Síntomas similares ocurridos previamente?  Si  No Si la respuesta es "SI", ¿cuando?

## IV- PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON UNA HOSPITALIZACIÓN:

Nombre del Hospital

Periodo de hospitalización.

Desde

Hasta

## V- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS:

¿En conexión con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ha usted sometido o someterá reclamos, contra otra póliza de seguros médicos? Si la respuesta es "SI", por favor proporcione:  Si  No

Condición como asegurado:  Titular  Dependiente

Nombre de la Compañía

Número de Póliza

## VI- MÉTODO DE REEMBOLSO:

Cheque  Transferencia bancaria. Solicitar formulario a [serviciogua@paligpc.com](mailto:serviciogua@paligpc.com)

