



Compañía de Seguros

Edificio Corporativo ASSA, Pista Jean Paul Genie, costado oeste. Edificio BID, MR-67 Managua, Nicaragua.
Teléfono: (505) 2276-9000 | reclamospersonasni@assanet.com Web www.assanet.com.ni

Hoja de Reclamo

Yo, por este medio solicito los beneficios bajo mi Seguro Colectivo Póliza Individual no. _____
como resultado de los gastos médicos ocurridos por mi cónyuge hijo(a) soltero (a) padre o madre

1. Nombre del asegurado: _____

2. Dirección del asegurado: _____

3. Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre Mujer

4. Naturaleza de dolencia: _____ Primeros síntomas manifestados: Día _____ Mes _____ Año _____

5. ¿El paciente ha sufrido anteriormente de esta dolencia?(En tal caso, explique) Sí No

6. ¿Se debió esta dolencia a la ocupación o función de las labores del paciente? Sí No
En caso afirmativo adjuntar hoja NAT.

Doctores consultados

Nombre	Dirección / teléfono	Primera fecha de consulta		
		Día	Mes	Año

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores privados, Institución Privada, Gubernamental, INSS o Cualquier otras Instituciones para que suministre información completa (Adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a ASSA, Compañía de Seguros, S.A.

Fecha

Firma del reclamante

Esta sección debe ser completada por el contratante de la póliza, si este reclamo es por Seguro Colectivo.

1. Nombre del reclamante: _____ Fecha efectiva del Seguro del Reclamante
Día _____ Mes _____ Año _____

2. Nombre del dependiente si el reclamo es para un dependiente: _____ Fecha efectiva del Seguro del Reclamante
Día _____ Mes _____ Año _____

3. No. de seguro colectivo: _____ 4. No. de certificado: _____ 5. Categoría del seguro: I II III

6. Nombre del contratante de la póliza: _____

7. ¿Estaba el reclamante empleado a la fecha en que empezó la incapacidad?: Sí No
(Si "no", explique)

Fecha

Firma del contratante de la Póliza

Cargo

Teléfono

Declaración del Médico de Cabecera

1. Nombre del paciente: _____ Edad: _____
2. Fecha de los primeros síntomas de la enfermedad y/o accidente: _____
3. ¿Cuándo consultó al paciente por primera vez sobre esta condición?: _____
4. ¿La sintomatología es causa de accidente común o laboral?: _____
5. ¿Se debe su condición a embarazo?: Sí No
- a. Fecha de la última menstruación: _____ b. Fecha probable del parto: _____
6. Si la valoración ha sido solo por consulta externa, describa: _____
- a. Exámenes realizados: _____
- b. Diagnóstico: _____
- c. Tratamiento: _____
7. Tiempo de la evolución de la enfermedad y/o accidente: _____
8. Causa de la hospitalización: Médica: _____ Quirúrgica: _____
9. Fecha del diagnóstico: _____
10. Diagnóstico de ingreso: _____
11. Diagnóstico de egreso: _____
12. Si hubo cirugía, describa: _____
13. Fecha de la cirugía: _____
14. Operación realizada: _____
15. Hallazgos trans-operatorio: _____
13. Tratamiento intra-hospitalario: _____
14. Exámenes realizados: _____
15. Tratamiento de alta: _____
- _____
16. Días de estancia hospitalaria: _____ 17. Costo de la intervención quirúrgica C\$: _____
18. Fecha del tratamiento y costos por visita (pre y postquirúrgica): _____
19. ¿Tiene pendiente otras intervenciones quirúrgicas?: Sí No
20. ¿Se debe esta condición a una lesión o enfermedad proveniente del empleo del paciente?: Sí No

Observaciones: _____

Nombre y apellido del médico

Firma, código del médico y sello

Nombre y sello del hospital y clínica _____

Fecha _____ Teléfono del médico _____