

#### Declaración del Asegurado (Favor llenar en letra imprenta)

Estimado asegurado, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes.

| Póliza No. / Unidad | Teléfono |  |  |  |  |  | Celular |  |  |  |  |  | Corredor |
|---------------------|----------|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|----------|
|                     |          |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |          |

| Contratante (sólo si es Póliza Colectiva) |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------|
|                                           | Dirección de correo electrónico |

| Nombre del Asegurado   |                       |          |                 |
|------------------------|-----------------------|----------|-----------------|
| 1 <sup>er</sup> Nombre | 2 <sup>o</sup> Nombre | Apellido | Apellido casada |

| Nombre del Reclamante (paciente) |                       |          |                 |
|----------------------------------|-----------------------|----------|-----------------|
| 1 <sup>er</sup> Nombre           | 2 <sup>o</sup> Nombre | Apellido | Apellido casada |

| Fecha de nacimiento |     |     | Cédula |
|---------------------|-----|-----|--------|
| día                 | mes | año |        |

#### Observaciones del reclamo:

¿Tiene usted otra póliza que cubra estos gastos?

Si ☐ No ☐

Cía. de Seguros

#### Su relación obedece a:

Reclamo presentado por primera vez

Si ☐ No ☐

Medicamento de uso prolongado

Si ☐ No ☐

Laboratorios de seguimiento de tratamiento inicial

Si ☐ No ☐

Rayos X de seguimiento de tratamiento inicial

Si ☐ No ☐

Otros

Si ☐ No ☐

No. de Póliza

#### Espacio para ser completado solamente para reclamos por Accidentes Personales

Fecha del Accidente

Hora

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| día | mes | año |
|-----|-----|-----|

En caso de accidente de tránsito: ¿Hubo parte policivo? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo favor adjuntar a este formulario el parte policivo.  
 Indique el diagnóstico, los síntomas o lesiones por los cuales está haciendo el reclamo:

Favor incluir los siguientes documentos: recibos originales con detalle y copia de la cédula del reclamante. En caso de desmembramiento, favor presentar los Rayos X del miembro afectado.

#### "Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación  
 a **Asa Compañía de Seguros, S.A.**"

Firma del Asegurado o Representante Legal

Fecha  día  mes  año

Estimado doctor, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes.

Declaración del médico

| Nombre del paciente<br>Patient's Name |                                  |                    |                    | Fecha de nacimiento<br>Date: |           |          | Edad<br>Age | Sexo<br>Sex                                           |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------|-----------|----------|-------------|-------------------------------------------------------|
| 1er. Nombre/1 <sup>st</sup> . Name    | 2º Nombre/2 <sup>nd</sup> . Name | Apellido/Last Name | Apellido de casada | día/day                      | mes/month | año/year |             | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

|             |     |
|-------------|-----|
| Diagnóstico | ICD |
| Diagnosis   | ICD |

¿Cuándo se iniciaron los síntomas de esta condición?  
When did the symptoms of this condition begin?

|            |              |             |
|------------|--------------|-------------|
| día<br>day | mes<br>month | año<br>year |
|------------|--------------|-------------|

Si lo hay, indique el nombre del(los) médico(s) que ha tratado al paciente por alguna(s) condición(es) relacionada(s) a ésta  
Name of the doctor(s) who has treated the patient for any related condition

Exámenes de laboratorio o rayos X que se ordenaron  
Laboratories or X-rays that were ordered

Descripción de Servicios  
Description of Services

| Código Procedimiento<br>CPT Code | Descripción<br>Description | Fecha de atención<br>día/day mes/month año/year |  |  | Costo<br>Cost | Lugar<br>Place |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|--|--|---------------|----------------|
|                                  |                            |                                                 |  |  |               |                |
|                                  |                            |                                                 |  |  |               |                |
|                                  |                            |                                                 |  |  |               |                |
|                                  |                            |                                                 |  |  |               |                |
|                                  |                            |                                                 |  |  |               |                |
|                                  |                            |                                                 |  |  |               |                |
|                                  |                            |                                                 |  |  |               |                |
|                                  |                            |                                                 |  |  |               |                |

Observaciones/Prognosis  
Notes

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mí corresponden a los servicios que he prestado.  
I certify that I am the attending physician and that my statements correspond to the services rendered.

Dr. 

Nombre y Sello  
Name & Print

Firma del Médico  
Physician's Signature

Cédula o RUC y Registro  
I.D Number

Dirección/Teléfono  
Address/Telephone

E-mail