

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

1. COMPLETAR SECCIÓN A
2. Solicite a su médico COMPLETE SECCIÓN B
3. Si es reclamo médico de Seguro Colectivo o Accidentes Personales, entregar éste con el detalle y originales de facturas, recibos de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con recetas) que correspondan al diagnóstico.
4. Si la reclamación es producto de una incapacidad deberá adjuntarse el informe del patrono con el respectivo sello de la empresa junto con el Certificado de Incapacidad.

SECCIÓN A: INFORMACION SOBRE EL ASEGURADO

PLAN: RED (COPAGO) REGULAR

1. Nombre completo del asegurado	2. Compañía	3. No. de Póliza	4. No. de Certificado
5. Nombre del Reclamante	6. Fecha de Nacimiento día / mes / año	7. Edad	8. Sexo M F
10. Lugar de empleo, colegio o universidad del Reclamante	9. País o Lugar de Atención		
12. El reclamo se hace a causa de ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales o auto (Póliza de auto, si el reclamo es por accidente) COMPañÍA DE SEGURO No. DE PÓLIZA		
13. Reclamo a causa de enfermedad. Describa la enfermedad	Fecha de primeros síntomas DÍA MES AÑO		
14. Reclamo a causa de accidente ¿Cuándo ocurrió?	a.m. p.m.		
¿Dónde ocurrió?	¿Cómo ocurrió?		
¿La persona responsable es un tercero? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique: Nombre del Tercero Responsable: _____ Teléfono: _____ Compañía de Seguro: _____		
15. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta?	Fecha de primera visita: DÍA MES AÑO		
NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO	CLÍNICA		
NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ASISTEN EN ESTA LESIÓN	CLÍNICA		
16. ¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique: Nombre del Hospital: _____ Fecha de Ingreso: DÍA MES AÑO		
Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____	Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____		
Detalle de Cuenta:	<p>Consulta: _____</p> <p>Medicina: _____</p> <p>Laboratorios: _____</p> <p>Tratamientos: _____</p> <p>Rayos X: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>TOTAL: _____</p>		
<p>Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguro y otras Compañías de Seguro que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.. Igualmente, autorizo a PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ, S.A. y a cualquier persona que tenga calidad de corredor de seguros o tenedor de póliza, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario</p> <p>FIRMA DEL ASEGURADO: _____</p> <p>NO. DE CÉDULA: _____ TEL. RES.: _____ TEL. OFIC.: _____</p> <p>FECHA / CIUDAD: _____</p> <p>CORREO ELECTRÓNICO: _____ CEL.: _____</p>			

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO ENCARGADO (VEASE DORSO)

