

**FORMATO DE RECLAMACIÓN
GASTOS MÉDICOS****DATOS GENERALES**

Contratante:	
Nombre del Paciente:	Edad

Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia:
Nombre del médico consultor:

Tiene otro tipo de cobertura médica?:	SI _____	NO _____
Nombre de la Compañía:		

Detalle de Gastos Ambulatorios	Valor del Gasto	Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo, Autorizo a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, Institución o empresa que prestó algún servicio médico para suministre a Seguros del País, S.A. todos los informes que requiera incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.
Consulta Médica		
Rayos X		
Laboratorio		
Medicinas		
Otros		
Total de gastos presentados:		

Observaciones:

Número de documentos que acompañan este formato:

Lugar y Fecha:

Nombre del Empleado:

Firma del Empleado	Firma del Contratante
--------------------	-----------------------

RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTE ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRÁMITE.