

**CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS**

1. Solicite a su médico tratante que complete la sección "C" para cada enfermedad o accidente.
2. Si el reembolso es un complemento de gastos previos, favor completar formulario GMH062008.
3. Complete la sección "A" detalladamente y firme en el lugar indicado
4. Entregue el formulario a la persona encargada de la póliza para remitirlo a la Compañía, o a su intermediario de seguros

**NOTAS DE IMPORTANCIA**

1. A este formulario debe adjuntarse todos los ORIGINALES de las facturas de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con su receta) que correspondan al caso y sus respectivos soportes.
2. En eventos que no sean por EMERGENCIAS, para los cuales se recomienda una intervención quirúrgica o tratamiento médico, la Compañía se reserva el derecho de solicitar una segunda opinión médica para proceder con los trámites de reembolso

**SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO**

**DATOS DEL ASEGURADO Y DEL PACIENTE**

1. Contratante:	2. Póliza No. _____
	3. Certificado o Carné
4. Nombre completo del Asegurado Titular	
5. Nombre completo del paciente	6. Parentesco con el titular <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a
7. Ocupación/profesión del paciente a la fecha del siniestro	8. Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____
	9. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
10. Correo electrónico al que desea se notifique la resolución	11. Número de teléfono celular al que desea se notifique la resolución

**CAUSA DE LA RECLAMACIÓN**

12. Causa de los gastos <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo ¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?	13. En caso de enfermedad, descríbala
	14. En caso de accidente, ¿Dónde y cuándo ocurrió?
15. Solicitud de reembolso <input type="checkbox"/> Nueva solicitud <input type="checkbox"/> Continuación de gastos	¿Cómo ocurrió? _____

**GASTOS RECLAMADOS**

16. Total de las facturas presentadas para reembolso	\$ _____
--	----------

Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias exactas de sus archivos) en relación con este reclamo a Aseguradora Agrícola Comercial, S. A.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

**SECCION B: PERSONA AUTORIZADA EN EL GRUPO**

- ¿El empleado o dependiente tiene otro seguro que pueda cubrir los gastos?     SI     NO    ¿Con qué compañía?
- ¿Está usted de acuerdo con el pago de la presente solicitud?     SI     NO

Hacemos constar que el empleado y dependiente forman parte de nuestro registro de asegurados bajo la clase \_\_\_\_\_ según los datos de inscripción indicados por él mismo, en la sección primera. Así mismo confirmamos que se encontraba activamente trabajando en el momento en que comenzó la causa de este reclamo.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello autorizado

\_\_\_\_\_  
Cargo

**SECCION C: PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE**

1. Nombre del paciente		2. Edad	3. Sexo
4. Fecha del servicio:	5. Motivo de la consulta _____		
6. Diagnóstico principal _____ _____		7. Diagnósticos secundarios _____ _____	
8. La condición del paciente se debe a: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo  Si es por accidente: ¿En qué fecha ocurrió?   Día _____ Mes _____ Año _____		9. El origen de lesión o enfermedad es: <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido	
10. Según su opinión, si es enfermedad, ¿cuándo se iniciaron los primeros síntomas? _____  ¿Cuándo consulto el paciente fecha por primera vez? _____		11. ¿Ha recibido el paciente algún tratamiento por esta condición o ha tenido alguna condición similar por la cual haya recibido tratamiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  En caso afirmativo favor detallar: _____	
12. Favor indicar exámenes de laboratorio, rayos x y otros estudios para precisar el diagnóstico: _____ _____		13. ¿Se requirió hospitalización? Desde Día _____ Mes _____ Año _____  Hasta Día _____ Mes _____ Año _____	
14. Favor describa el tratamiento indicado _____ _____ _____  Nota: si se le practicó cirugía, proporcione nombre de procedimientos, comenzando por el principal y luego los secundarios		15. Describa los servicios suministrados al paciente:  Realizó visitas por emergencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  Número de visitas hospitalarias   _____  Número de visitas U.C.I   _____	
16. Observaciones adicionales _____ _____			
Para efectos de pago, debe anexar resultados de estudios, exámenes de laboratorio y/o gabinete, y reporte operatorio en caso de cirugías			
Nombre y especialidad del médico		Firma	Sello
Dirección del médico _____		Números de teléfono _____  Correo electrónico _____	