

## Formulario Reclamación

Número de la Póliza

Nombre del Asegurado Principal

Nombre del Reclamante

Fecha de Nacimiento     /     /

Diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha Primer Síntoma / Accidente

Fecha Primera Consulta

Participa algún otro seguro médico:    Si     No

| Fecha Servicio | Diagnóstico | Descripción del Servicio |
|----------------|-------------|--------------------------|
|                |             |                          |
|                |             |                          |
|                |             |                          |
|                |             |                          |
|                |             |                          |
|                |             |                          |
|                |             |                          |
|                |             |                          |

### Información del Médico Tratante

| Nombre | Dirección | Teléfonos de Contacto |
|--------|-----------|-----------------------|
|        |           |                       |
|        |           |                       |
|        |           |                       |
|        |           |                       |

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Principal

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante (Si es diferente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha