FORMULARIO DE RECLAMO DE **GASTOS MÉDICOS**

CANTIDAD DE FACTURAS ANEXAS		**TOTAL DE GASTOS PRESENTADOS**	$
¿Es continuación de reclamo? Sí ☐ No ☐		N° de reclamo:	N° de precertificación:

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del contratante de la póliza:		Nombre del paciente (si es diferente al contratante de la póliza):	
Nombre del titular:		Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro ☐ Especifique:	
N° de póliza:	N° de certificado:	Fecha de nacimiento:	NIT:
Tel:	Cel:	DUI:	Correo electrónico:
Dirección:			

En el caso de un accidente, responda estas preguntas:

Lugar del accidente:	Fecha y hora:
¿Qué actividad hacía?:	¿Cómo ocurrió?:
Lesiones sufridas:	

AUTORIZACIONES ESPECIALES.

Sobre la base de lo establecido en el artículo 20 de la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud, autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que me han atendido en la recuperación de mi salud o la de mis familiares para que provean a SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, la información que esta requiera; esta incluye copias exactas de mi expediente clínico, exámenes de laboratorio, exámenes especiales y cualquier otra información que se necesite para la evaluación de este reclamo, autorizando a SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS para que pueda compartirla, al igual que mi contrato de seguro con proveedores y/o terceros subcontratados para la atención de este reclamo, librándolos de toda responsabilidad que pueda derivarse al suministrar la información médica respecto a mi persona o la de mis familiares, así como de mi contrato de seguro, quedando entendido que la compañía de seguros se reserva el derecho de postergar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los documentos e información necesarios para su completa satisfacción.

Autorizo a SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, a que proceda al envío de cualquier tipo de comunicación relacionada a éste reclamo a través del correo electrónico que designé en el presente formulario. Los seguros de personas son emitidos por SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, filial de SISA Seguros e Inversiones, S.A.

Lugar y fecha:	
Agente:	

Por favor adjunte a este formulario las facturas originales Duplicado-Cliente de todos los servicios recibidos y medicamentos comprados, junto con el detalle de servicios hospitalarios y/o médicos.

Firma del asegurado

SISA
SEGUROS

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE: llene detalladamente con la información solicitada, por favor.

Nombre del Paciente:		Edad:	Sexo: F ☐ M ☐
Enfermedad ☐ Accidente ☐	¿Es por padecimiento continuo? Sí ☐ No ☐	Fecha de los 1° síntomas:	
	Fecha y hora de ocurrencia:	Fecha de la 1° consulta:	
Diagnóstico:			
Consulta en: Clínica ☐ Domicilio ☐ Hospital ☐		Fecha del próximo control:	

En el caso de un accidente, explique cómo ocurrió:

En el caso de una enfermedad, explique otra enfermedad asociada o independiente:

Tratamiento (exámenes, medicamentos):

En el caso de hospitalización:	N° de visitas hospitalarias:	Fecha:
En el caso de una cirugía: fecha y nombre del procedimiento:		

Nombre de los médicos que Intervinieron en el caso	Especialidad:	Servicio brindado:

Observaciones adicionales:

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre:	N° de JVPM:	
Teléfono:	Fecha:	
Correo electrónico:		Firma y sello del médico

Autorización pago transferencia electrónica:

Es importante tomar en cuenta que el pago realizado por la compañía mediante transferencia electrónica disminuye los tiempos de atención de su reclamo, en comparación a la gestión de pagos mediante cheque.

Por medio de la presente y en la calidad en la que actúo autorizo a Seguros e Inversiones, S.A o SISA, VIDA, S.A. Seguros de Personas para que, en caso de ser aprobado el reclamo presentado de acuerdo al contrato de seguros, el monto en concepto de indemnización se realice por medio de transferencia electrónica en la cuenta bancaria que a continuación se detalla. Asimismo, hago constar que la cuenta proporcionada es de mi libre elección y de la que soy titular / pertenece a mi representada, además, en la calidad antes dicha, exonero de toda responsabilidad a SISA y/o SISA VIDA, por errores relacionados en la consignación de los datos de la misma, y una vez cumplida por parte de la compañía la entrega de la correspondiente indemnización, quedo/mi representado(a) queda satisfecho(a) con la acreditación del pago realizado mediante transferencia electrónica a la cuenta aquí proporcionada. La nota electrónica de abono es el comprobante de pago y por consiguiente respaldo del cumplimiento de la obligación por parte de la compañía, comprobante que servirá a SISA y/o SISA VIDA como amplio y completo finiquito.

Bancos:

☐ Banco Cuscatlán ☐ Banco Agrícola ☐ Banco Davivienda ☐ Banco América Central

☐ Banco Promérica ☐ Banco Atlántida ☐ Banco Industrial ☐ Banco G&T

Otro: _____

Detalles de la cuenta:	Tipo: ☐ Ahorro ☐ Corriente	Número:
Nombre del titular/titulares:		

Firma autorizada 1	Firma autorizada 2	Sello de la empresa

Fecha: Día _____ Mes _____ Año_____

Consideraciones:

- La cuenta deberá estar a nombre de la persona que tiene la relación con SISA, y/o SISA VIDA, si es una cuenta mancomunada deberán firmar todos los titulares.
- Todo pago que realice la compañía a partir de esta fecha, se realizara mediante transferencia electrónica a la cuenta aquí detallada. En caso de cambio en la cuenta o cambio en la forma de pago, deberá notificarlo a la compañía al menos con 15 días de anticipación.
- Si SISA, y/o SISA VIDA no puede realizar la transferencia electrónica debido a inconsistencias fuera de su alcance debido a errores o inexactitudes respecto a la información brindada en esta solicitud, la compañía podrá suspender la transacción hasta que cuente con la información correcta, la cual deberá ser brindada a través del llenado de un nuevo formulario. Cualquier atraso en el pago que no sea atribuible a la compañía, no se considerará como incumplimiento por parte de SISA, y/o SISA VIDA.
- Exonero a SISA y/o SISA VIDA de toda responsabilidad por descuentos que pueden ser deducidos del reembolso pagado, derivado de saldos pendientes, servicios, comisiones, entre otros, vinculados con la cuenta antes señalada.