



Notificación de Reclamos Salud o Accidentes Personales

Declaración del Asegurado (Favor llenar en letra imprenta)

Estimado asegurado, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes

Información del Reclamante (Paciente)

1º nombre	2º nombre	Apellido	Apellido de casada
Póliza No./Unidad	Cédula	Día Mes Año Fecha de nacimiento	

Información del Reclamante (Paciente)

¿Tiene usted otra póliza que cubra estos gastos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cía. de Seguros
¿Corresponde a un medicamento de uso prolongado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No. de póliza

• Espacio para ser completado solamente para reclamos por Accidente Personales

Día Mes Año Fecha del accidente	Hora del accidente	En caso de accidentes de tránsito: ¿Hubo parte policivo? En caso de afirmativo favor adjuntar a este formulario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Reclamo presentado por primera vez?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Laboratorios o Rayos X de seguimiento de tratamiento inicial	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Indique el diagnóstico, los síntomas o lesiones por los cuales está haciendo el reclamo:

Adjunta los siguientes documentos: recibos originales con detalle y copia de la cédula del reclamante · En caso de desmembramiento incluye: Rayos X del miembro afectado.

"Certifico que la información antes mencionada es correcta. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y/o otras Compañías de Seguro a revelar a ASSA Compañía de Seguros, S.A. información y documentación del expediente clínico y/o cuadrícula médica mía y/o de mis dependientes." · Por este medio, yo como Firmante Legal, Representante, Asegurado y/o Contratante, entiendo, acepto y otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Socios Comerciales y/o Reaseguradoras (ASSA), para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar legalmente los datos personales y sensibles, y/o cualquier otro documento, información, y/o formulario para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de seguros producto de la gestión de reclamos aplicado a las Pólizas de Seguros, por lo cual, yo entiendo y acepto de forma plena que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad), que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 y su Reglamento No. 285 del 28 de mayo de 2021 de la República de Panamá

Firma del Asegurado o Representante Legal

Día Mes Año
Fecha



Notificación de Reclamos Salud o Accidentes Personales

Declaración del Médico (Favor llenar en letra imprenta)

Declaración del médica

Diagnóstico	ICD	Nombre del(los médico(s) que ha tratado al paciente por alguna(s) condición(es) relacionada(s)
Diagnóstico	ICD	
Día Mes Año		
Fecha de inicio de síntomas de esta condición		

Descripción del servicio

CPT (Código de procedimiento)	Descripción	Fecha de atención DD/MM/AA	Costo	Lugar

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mí corresponden a los servicios que he prestado. · Por este medio, yo como Firmante Legal, Representante, Asegurado y/o Contratante, entiendo, acepto y otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Socios Comerciales y/o Reaseguradoras (ASSA), para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar legalmente los datos personales y sensibles, y/o cualquier otro documento, información, y/o formulario para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de seguros producto de la gestión de reclamos aplicado a las Pólizas de Seguros, por lo cual, yo entiendo y acepto de forma plena que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad), que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 y su Reglamento No. 285 del 28 de mayo de 2021 de la República de Panamá

Nombre y Sello

Firma

Cédula o RUC y Registro

Email

Teléfono

Dirección