

## FORMULARIO DE RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES ESCOLARES

### COMO PRESENTAR UN RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES

1. Solicitar que el médico complete la "SECCIÓN C" para cada accidente que éste atienda de cada miembro del grupo asegurado .
2. Completar cada pregunta de la " SECCIÓN A" debidamente firmada en el lugar indicado.
3. Entregar éste a la persona encargada de la póliza en su grupo para que lo autorice y sea enviado a la Compañía de Seguros para el ajuste correspondiente.

### NOTAS IMPORTANTES:

1. Debe adjuntar con el reclamo, el ORIGINAL de todas las facturas y, recibos de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con su receta) que corresponde al caso.
2. Reclamos que no sean de URGENCIA para los cuales se recomienda una intervención quirúrgica o reclusión hospitalaria para realizar procedimientos diagnósticos endoscopia, se debe obtener antes de proceder, una segunda opinión médica por escrito para ser adjuntado al reclamo.

### SECCIÓN "A" / Para ser completada por el Asegurado

Nombre del Estudiante:	<input type="text"/>	N° Cédula:	<input type="text"/>	Grado o Año:	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>	Sexo:	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección del Estudiante:	<input type="text"/>				
	Ciudad	Provincia	Calle	Casa	
Teléfono:	<input type="text"/>	TURNO:	Diurno <input type="checkbox"/>	Vespertino <input type="checkbox"/>	
Nombre de la Escuela:	<input type="text"/>	Póliza N°:	<input type="text"/>		
Fecha de la Lesión:	<input type="text"/>	Hora:	<input type="text"/>	a.m.	<input type="text"/> p.m. <input type="text"/>
Nombre del Maestro a cargo:	<input type="text"/>				

### SECCIÓN "B" / Para ser completada por la persona Autorizada

EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE, EL ESTUDIANTE ESTABA (favor de indicar)

<input type="checkbox"/> En la Escuela	<input type="checkbox"/> Fuera de la Escuela	<input type="checkbox"/> Viajando
<input type="checkbox"/> Dentro del Aula	<input type="checkbox"/> Actividad Patrocinada por la Escuela	<input type="checkbox"/> Hacia la Escuela
<input type="checkbox"/> Fuera del Aula	<input type="checkbox"/> Actividad Supervisada por la Escuela	<input type="checkbox"/> Desde la Escuela
		<input type="checkbox"/> En autobus propiedad de la escuela
		<input type="checkbox"/> En autobus contratado por la escuela

Describe la actividad específica:

Describe en detalle cómo y dónde ocurrió el accidente:

Autorizo a Seguros Fedpa S.A. a que pague, los beneficios acumulados bajo esta póliza al:

Médico:  Asegurado:  Hospital:  Otro (Indique)

Firma de Director o Persona Autorizada

Firma del Estudiante o Acudiente

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualquiera otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales o cualesquiera otra instituciones para que suministren información completas (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a SEGUROS FEDPA, S.A.

Firma del Estudiante, Padre o Acudiente (véase dorso)

## SECCIÓN "C" / Para ser completada por el Médico Tratante

1. Nombre del Estudiante:

Edad:  Meses:  Sexo: F ☐ M ☐

Diagnóstico del paciente actual:

En caso de paciente femenino:  Se debe éste a Embarazo?

3. Según su conocimiento: ¿Cuándo comenzó la causa básica de esta condición?

Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por la condición, relacionada a ésta? (En caso afirmativo, favor detallar).

4. Favor indicar qué exámenes de laboratorio, o rayos X se necesitan:

5. Lugar y Fecha de atención al paciente:

6. Detalle de honorarios, por Consulta:  B/.  Total B/.

Tratamiento  B/.  Total B/.

Tratamiento  B/.  Total B/.

7. Favor indicar CUADRO CLINICO Y HALLAZGOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado

8. Favor detallar tratamiento u operación:

Se presentó alguna complicación? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, describa ésta:

REMESA DE HONORARIOS A:

Paciente ☐

Hospital ☐

Médico ☐

Dirección Postal:

Teléfono:

Confirmando que soy el Médico del Paciente y he recomendado los servicios por los cuales se hace este reclamo:

Firma y Sello

Nombre de la Razón Social

Fecha

Cédula de Identidad personal o R.U.C. N°:  R.U.C. N°:

### OBSERVACIONES O SEGUIMIENTOS DEL CASO:

1. En caso de necesitar reclusión hospitalaria o intervención quirúrgica es necesario solicitar autorización de la Cía. De Seguros (Tel.: 340-5400 ext. 194 ó correo: [reclamos@segfedpa.com](mailto:reclamos@segfedpa.com)) Fax: 214-8768 / 264-4205
2. Si se requiere más de una visita posterior, es obligatorio llenar formulario de beneficio adicional debidamente firmado por el afectado.
3. La compañía de seguros se reserva el derecho de analizar los gastos incurridos en la atención médica y pagará los cargos razonables y acostumbrados de acuerdo a las experiencias y las tablas de honorarios en diferentes especialidades médicas.