

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

SOLO SE ACEPTAN DOCUMENTOS ORIGINALES

No: No 890149786

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Reclamo No.:

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

1. COMPLETAR SECCIÓN A
2. Solicite a su médico COMPLETE SECCIÓN B
3. Si es reclamo médico de Seguro Colectivo o Accidentes Personales, entregar éste con el detalle y originales de facturas, recibos de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con recetas) que correspondan al diagnóstico.
4. Si la reclamación es producto de una incapacidad deberá adjuntarse el informe del patrono con el respectivo sello de la empresa junto con el Certificado de Incapacidad.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

RED (COPAGO) REGULAR

1. Nombre completo del asegurado <u>Adela María Ruffatti</u>	2. Compañía	3. No. de Póliza <u>7401000090</u>	4. No. de Certificado <u>1</u>
5. Nombre del Reclamante <u>Adela María Ruffatti</u>	6. Fecha de Nacimiento día / mes / año <u>23/01/68</u>	7. Edad <u>53</u>	8. Sexo <u>M(F)</u>
10. Lugar del empleo, colegio o universidad del Reclamante <u>—</u>	9. País o Lugar de Atención <u>San José, Costa Rica</u>		
12. El reclamo se hace a causa de <u>ENFERMEDAD</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>ACCIDENTE</u> <input type="checkbox"/>		11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales o auto (Póliza de auto, si el reclamo es por accidente)	
		COMPañÍA DE SEGURO	No. DE PÓLIZA

13. Reclamo a causa de enfermedad. Describa la enfermedad
No sé qué enfermedad es cuando uno siente que se va a hacer loco.

Fecha de primeros síntomas: aprox. 20 02 2021
DÍA MES AÑO

14. Reclamo a causa de accidentes ¿Cuándo ocurrió?

— — — —
DÍA MES AÑO HORA a.m p.m

¿Dónde ocurrió? —
¿Cómo ocurrió? —

¿La persona responsable es un tercero? SÍ NO En caso afirmativo, indique:
Nombre del Tercero Responsable: —
Teléfono: — Compañía de Seguro: —

15. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta? SÍ NO

Fecha de primera visita: 16 06 2021
DÍA MES AÑO

NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO <u>Dr. Ronald Ramirez</u>	CLÍNICA <u>Montserrat</u>
NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ASISTEN EN ESTA LESIÓN	CLÍNICA

16. ¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? SÍ NO En caso afirmativo, indique:

Nombre del Hospital: — Fecha de Ingreso: — — —
DÍA MES AÑO

Totalmente incapacitado: Desde: — Hasta: —
Parcialmente incapacitado: Desde: — Hasta: —

Detalle de la Cuenta:	
Consulta:	<u>\$60.000</u>
Medicina:	<u>0</u>
Laboratorios:	<u>0</u>
Tratamientos:	<u>0</u>
Rayos X:	<u>0</u>
Otros:	<u>0</u>
TOTAL:	<u>\$60.000</u>

Por este medio certifico las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, intermediario de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. Igualmente, autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. y a cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de póliza, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario.

FIRMA DEL ASEGURADO: [Firma]
NO. DE CÉDULA: 138000146617 TEL. RES.: 8995-1247 TEL. OFIC.: —
FECHA / CIUDAD: 16 de junio 2021 / Escazú
CORREO ELECTRÓNICO: adela@webmax.co.cr CEL.: 8995-1247

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

SOLO SE ACEPTAN DOCUMENTOS ORIGINALES

No: _____

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Reclamo No.: _____

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

1. COMPLETAR SECCIÓN A
2. Solicite a su médico COMPLETE SECCIÓN B
3. Si es reclamo médico de Seguro Colectivo o Accidentes Personales, entregar éste con el detalle y originales de facturas, recibos de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con recetas) que correspondan al diagnóstico.
4. Si la reclamación es producto de una incapacidad deberá adjuntarse el informe del patrono con el respectivo sello de la empresa junto con el Certificado de Incapacidad.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

RED (COPAGO)

REGULAR

1. Nombre completo del asegurado Adela María Ruffatti	2. Compañía	3. No. de Póliza 7401000090	4. No. de Certificado 01
5. Nombre del Reclamante Adela María Ruffatti	6. Fecha de Nacimiento día / mes / año 23/01/68	7. Edad 53	8. Sexo M
10. Lugar del empleo, colegio o universidad del Reclamante _____	9. País o Lugar de Atención San José CR		
12 El reclamo se hace a causa de ENFERMEDAD <input checked="" type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/>		11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales o auto (Póliza de auto, si el reclamo es por accidente) COMPañÍA DE SEGURO _____ No. DE PÓLIZA _____	

13. Reclamo a causa de enfermedad. Describa la enfermedad
Depresión o algo parecido

Fecha de primeros síntomas: **20 02 2021**
DÍA MES AÑO

14. Reclamo a causa de accidentes ¿Cuándo ocurrió? a.m. p.m.
DÍA MES AÑO HORA

¿Dónde ocurrió? _____
¿Cómo ocurrió? _____

¿La persona responsable es un tercero? SÍ NO En caso afirmativo, indique:
Nombre del Tercero Responsable: _____
Teléfono: _____ Compañía de Seguro: _____

15. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por esta incapacidad o cualquier otra incapacidad relacionada a ésta? SÍ NO Fecha de primera visita: **16 06 2021**
DÍA MES AÑO

NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO: **Ronald Ramírez H.** CLÍNICA: **Montserrat**
NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ASISTEN EN ESTA LESIÓN: _____ CLÍNICA: _____

16. ¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? SÍ NO En caso afirmativo, indique:
Nombre del Hospital: _____ Fecha de Ingreso: _____

Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____
Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Detalle de la Cuenta:

Consulta: **\$60.000**
Medicina: **0**
Laboratorios: **0**
Tratamientos: **0**
Rayos X: **0**
Otros: **0**
TOTAL: **\$60.000**

Por este medio certifico las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, intermediario de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. Igualmente, autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. y a cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de póliza, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario.

FIRMA DEL ASEGURADO:

NO. DE CÉDULA: **138000146617** TEL. RES.: _____ TEL. OFIC.: _____
FECHA / CIUDAD: **30 junio 2021 Escazú**
CORREO ELECTRÓNICO: **adela@webmax.co.cr** CEL: **89951247**

No: _____



FAVOR CONSERVAR ESTE TALONARIO PARA REALIZAR LA CONSULTA DEL ESTADO DEL PRESENTE RECLAMO A TRAVÉS DE NUESTRA PAGINA WEB
Esta funcionalidad está disponible únicamente para asegurados con el nuevo carné de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. que se ilustra en la esquina superior derecha de este talonario, y asegurados con el carné de Alico

palig.com

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO ENCARGADO (VEASE DORSO)

