

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.

<b>SECCION A - Debe ser completada por el Empleado</b>	
<p>Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por mi, por mi <input type="checkbox"/> esposo (a) <input type="checkbox"/> por mi hijo (a) <input type="checkbox"/></p>	<p>6. En caso de enfermedad ¿Cuándo comenzó? _____ DIA                      MES                      AÑO</p>
<p>1. Nombre del Paciente _____ _____</p>	<p>7. Nombre y dirección del primer médico consultado. _____ _____</p>
<p>2. Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Femenino <input type="checkbox"/>                      Masculino <input type="checkbox"/></p>	<p>8. Dar la fecha de la primera visita _____ DIA                      MES                      AÑO</p>
<p>3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI <input type="checkbox"/>    NO <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Dar nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta enfermedad. _____ _____ _____</p>
<p>4. Indique índole de la dolencia _____ _____ _____</p>	<p>10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI <input type="checkbox"/>    NO <input type="checkbox"/>    En caso afirmativo indique: Nombre del Hospital _____ Fecha de Admisión _____ DIA                      MES                      AÑO</p>
<p>5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI <input type="checkbox"/>    NO <input type="checkbox"/>    En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? _____ A las _____ DIA                      MES                      AÑO ¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____</p>	
<p>Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron, y a todos los Hospitales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.</p> <p>Nombre del Empleado _____</p> <p>Fecha _____                      DIA                      MES                      AÑO                      Firma del Empleado _____</p>	

<b>SECCION B - Debe ser completada por el Empleador</b>											
<p>1. ¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad?    SI <input type="checkbox"/>    NO <input type="checkbox"/>    ¿Qué cargo desempeñaba? _____</p>											
<p>2. ¿La lesión o enfermedad del empleado del familiar dependiente por la cual se presenta esta reclamación, resultó en su ocupación remunerada con sueldo o ganancia o durante su empleo?    SI <input type="checkbox"/>    NO <input type="checkbox"/></p>											
<p>3. ¿Recomienda que se pague este reclamo?    SI <input type="checkbox"/>    NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>OBSERVACIONES:</b> _____ _____</p>											
<p>4. La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Enrolamiento</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none;"> <p>_____ Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina)</p> </td> <td style="width: 40%; border: none;"> <p>_____ Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A</p> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <p>_____ Nombre del Dependiente (si corresponde)</p> </td> <td style="border: none;"> <p>_____ Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A</p> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <p>_____ Nº del Grupo</p> </td> <td style="border: none;"> <p>_____ Nº del Certificado                      Clase</p> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <p>_____ Nombre del Tenedor de la Póliza, Empleador, etc.</p> </td> <td style="border: none;"> <p>_____ Fecha en que se completa esta sección D/M/A</p> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <p>_____ Firma Autorizada SELLO DE LA EMPRESA ASEGURADA</p> </td> <td style="border: none;"> <p>_____ Cargo</p> </td> </tr> </table>		<p>_____ Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina)</p>	<p>_____ Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A</p>	<p>_____ Nombre del Dependiente (si corresponde)</p>	<p>_____ Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A</p>	<p>_____ Nº del Grupo</p>	<p>_____ Nº del Certificado                      Clase</p>	<p>_____ Nombre del Tenedor de la Póliza, Empleador, etc.</p>	<p>_____ Fecha en que se completa esta sección D/M/A</p>	<p>_____ Firma Autorizada SELLO DE LA EMPRESA ASEGURADA</p>	<p>_____ Cargo</p>
<p>_____ Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina)</p>	<p>_____ Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A</p>										
<p>_____ Nombre del Dependiente (si corresponde)</p>	<p>_____ Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D/M/A</p>										
<p>_____ Nº del Grupo</p>	<p>_____ Nº del Certificado                      Clase</p>										
<p>_____ Nombre del Tenedor de la Póliza, Empleador, etc.</p>	<p>_____ Fecha en que se completa esta sección D/M/A</p>										
<p>_____ Firma Autorizada SELLO DE LA EMPRESA ASEGURADA</p>	<p>_____ Cargo</p>										

**NOTA:** El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución Nº 91-171-S de Julio 8 de 1991

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a Pan-American Life Ins. Co.  
Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: **1800 765 432** - Ventas: 1800 - 939 455 - e-mail: **crmcecuador@panamericanlife.com**

## FORMULARIO DE RECLAMACION - HOJA 2

### SECCION C - Debe ser completada por el Médico Tratante

1. Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

2. Dar su diagnóstico completo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Se debe su condición a embarazo? SI  NO

En caso afirmativo, de la fecha aproximada en que se inició el embarazo \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

4. Si se practicó Cirugía, describa la operación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿En qué Hospital o Clínica se practicó la Cirugía? \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

6. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:

En el Hospital: \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ Visitas a \$ \_\_\_\_\_ c/u

En la Casa: \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ Visitas a \$ \_\_\_\_\_ c/u

En el Consultorio: \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ Visitas a \$ \_\_\_\_\_ c/u

7. ¿Ordenó usted la hospitalización? SI  NO  En caso negativo, indique el nombre del médico que la ordenó \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Indique: Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_ Fecha de Salida: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

9. Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de esta condición? \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

10. ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado por esta condición debido a la misma causa? SI  NO

En caso afirmativo indique

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_ Fecha de Hospitalización \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_ Fecha de Hospitalización \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

Diagnóstico \_\_\_\_\_

11. Según su opinión, ¿Fue causada la incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación? SI  NO

En caso afirmativo, explique detalladamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. ¿Ha sido la enfermedad bastante seria para impedir que el paciente trabaje? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_

Sello del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTA:** El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N° 91-171-S de Julio 8 de 1991

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a Pan-American Life Ins. Co.  
Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: **1800 765 432** - Ventas: 1800 - 939 455 - e-mail: [crmcecuador@panamericanlife.com](mailto:crmcecuador@panamericanlife.com)