

Folio

I. Datos de la póliza

Póliza número _____ Vigencia: del _____ al _____

Pagada Si () No () Certificado número _____

Identificación con: _____

Nombre del contratante _____ Teléfono _____

Nombre del titular _____

Nombre del asegurado afectado _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Estado civil _____ Parentesco con el asegurado principal _____

Fecha de alta a la póliza ____/____/____ Fecha de antigüedad ____/____/____

Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital _____ Cuarto _____ Fecha y hora ingreso _____

Médico tratante _____

Causa del internamiento _____ Accidente () Enfermedad ()

Diagnóstico _____

Tratamiento _____ Clave _____

III. Dictamen

Siniestro número _____ Procede la reclamación Si () No ()

Causa del rechazo _____

Suma asegurada \$ _____ Cantidad con letra _____

Cubre Hospital () Cuarto standard () Cama extra ()

Validez 15 días a partir de la fecha de expedición
Responsabilidad máxima por pago de honorarios

Honorarios cirujano	\$ _____	Por tratamiento médico	\$ _____
Ayudante 1°	\$ _____	Ayudante 2°	\$ _____
Honorarios anestesista	\$ _____	Otros	\$ _____

Cargos a cuenta del asegurado

Deducible \$ _____ Coaseguro _____ % \$ _____

Gastos no cubiertos por la póliza y a cargo del paciente: pañales, comidas acompañantes, llamadas larga distancia, gastos de recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal, (pañuelos desechables, shampoo, peine, ropa, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces) excedentes de habitación standard y películas, estacionamiento, otros.

NOTA IMPORTANTE: Si el pago de la póliza no ha sido efectuado durante el plazo pactado o la enfermedad se encuentra fuera de las condiciones contratadas, se exime de toda responsabilidad a Seguros Atlas, S.A. obligándome a cubrir los gastos que se eroguen por esta reclamación.

Nombre y firma médico asesor	Teléfono
Enterado paciente o familiar	Recibe hospital

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS ATLAS, S.A.

Solicitud de Cheque por \$

Elaboró (nombre y firma)	Revisó (nombre y firma)
Autorizó (nombre y firma)	Caja (nombre y firma)

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 1 de Abril de 2015, con el número CGEN-S0023-0074-2015.”

PARA USO INTERNO DE SEGUROS ATLAS

COBERTURAS

Básicas

Plan hospitalario		Atlas Med. Plus		Atlas Med. Optimo			
Suma asegurada	Deducible	Coaseguro	Catálogo honorarios	Cobertura			Condiciones
				Nac.	Ext.	Mund.	
Suma asegurada cesárea	Deducible	Coaseguro	Cuna	Pediatra			C.E.E.
Suma asegurada parto normal	Deducible	Coaseguro	Cuna	Pediatra			A.A.

Adicionales

Preexistente período de espera de _____ A partir de _____	Sida período de espera de _____ A partir de _____
--	--

Especiales

Observaciones:

Concepto	Importe presentado	Importe pagado	Diferencia
Cirujano			
Ayudante			
Anestesista			
Material anestésico			
Cuarto de hospital			
Sala de recuperación			
Material y equipo			
Consultas			
Medicamentos			
Laboratorio y gabinete			
Otros			
Otros			
Otros			
I.V.A.			
Gastos no cubierto			
Total			
Menos deducible			
Subtotal			
Menos coaseguro			
Total siniestro			
Más I.V.A.			
Total a pagar			

Datos revisados por:	Fecha:
----------------------	--------