

**LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A.**  
Av. Olímpica No.3333, San Salvador  
Reclamos de Gastos Médicos

Reclamo No. \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS**

Para agilizar el trámite de su reclamo, conteste correctamente el siguiente cuestionario, adjuntando las facturas detalladas de los gastos incurridos en médicos y hospitales. Este formulario deberá presentarse al Contratante de la Póliza y al Médico tratante para que completen la parte que les corresponde.

**SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO**

Nombre del empleado Asegurado _____	Nombre del Asegurado afectado _____ Edad _____ Sexo M ( ) F ( )
-------------------------------------	--

1 Póliza No. GM \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_ Inscripción No. \_\_\_\_\_

2 Se debe esta reclamación a lesión o dolencia contraída durante el trabajo? SI ( ) NO ( )

3 Se han reclamado gastos por la misma causa por otro y otros Seguros de Enfermedad o Accidente?  
SI ( ) NO ( ) En caso afirmativo, dar detalle \_\_\_\_\_

**SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO**

1 ¿Se debe la dolencia a la ocupación del paciente? SI ( ) NO ( )

2 Indique la naturaleza de la dolencia \_\_\_\_\_

3 ¿La dolencia se debió a un accidente?  
SI ( ) NO ( )  
¿Cuándo ocurrió?  
Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
Lugar donde ocurrió \_\_\_\_\_  
¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

4 En caso de enfermedad  
¿Cuándo se presentaron los primero síntomas? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo empezó su tratamiento? \_\_\_\_\_

5 Médico o médicos que consulto cuando se presentaron los primeros síntomas (Nombre y  
Especialidad \_\_\_\_\_

6 De la fecha de la primera consulta \_\_\_\_\_

7 De nombre y dirección de su médico actual y de todos los otros que asisten por esta  
Enfermedad o accidente  
\_\_\_\_\_

8 ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI ( ) NO ( )  
En caso afirmativo, indique Nombre del Hospital  
\_\_\_\_\_

Fecha de Admisión \_\_\_\_\_ Fecha de salida \_\_\_\_\_

**ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE**

Confirmo, en mi condición de Médico, haber asistido al paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

1 Descripción completa del padecimiento o de las lesiones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de paciente femenino, se debe a embarazo? SI ( ) NO ( )

Si la respuesta es afirmativa, edad del embarazo \_\_\_\_\_

2 Según su opinión, en qué fecha comenzó la causa básica de la enfermedad/accidente? \_\_\_\_\_

Tiempo de evolución \_\_\_\_\_

3 Ha sido tratado por la misma causa u otras? SI ( ) NO ( )

En caso afirmativo, indique fechas, médicos, así como otros que considere relevantes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4 Estuvo hospitalizado por causa de este mismo reclamo? SI ( ) NO ( )

Hospitalizado en \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de salida \_\_\_\_\_

5 Número de días que asistió el paciente? \_\_\_\_\_ Fecha de primera consulta \_\_\_\_\_

6 El tratamiento consistió en (detalle de los medicamentos, análisis Rx) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7 Si se practicó intervención quirúrgica, indique en que consistió (en caso de cesárea, indicar el número de  
Elas que se han practicado)  
\_\_\_\_\_

8 Quedara el paciente con algún padecimiento o secuela? \_\_\_\_\_

9 Si la causa fue por accidente

Fecha en que ocurrió \_\_\_\_\_ Lugar en que ocurrió \_\_\_\_\_

10 Cuando estima usted que el paciente se considerará curado? \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

Nombre del Médico

Firma y Sello

No. JVPM

Dirección y teléfono del Médico \_\_\_\_\_

Nombre, N° DUI, Firma del Asegurado \_\_\_\_\_