

A. INFORMACION GENERAL

1. Número de la Póliza		2. Nombre del Contratante (Escuela, Universidad, etc.)		Bloque No.
3. Nombre del estudiante			4. Fecha de Nacimiento Sexo	
			Día: Mes: Año F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
5. Dirección del estudiante			6. No. De Teléfono	
			Casa	Ofic. Cel.
7. Grado o año en el que se encuentra		8. Nombre del padre o acudiente		Cédula
9. Fecha y hora del Accidente		10. El Accidente ocurrió:		Si el accidente ocurrió en otras circunstancias, detalle:
Día: Mes: Año: Hora:		Viajando hacia la escuela <input type="radio"/>		
11. Fecha en que recibió atención médica		Viajando hacia la casa <input type="radio"/>		
Día: Mes: Año:		Horario de clases <input type="radio"/>		
12. Lugar en que recibió atención médica		En una actividad del colegio <input type="radio"/>		
Consultorio <input type="radio"/> Clínica <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/>		Otros (Ej. Riña) <input type="radio"/>		
13. Describa detalladamente cómo, dónde y a qué hora ocurrió el accidente:				

B. INFORMACION MEDICA (Debe ser completada por el médico)

14. Fecha y hora de la atención		15. Nombre completo del médico tratante		
Día: Mes: Año: Hora:				
16. Descripción detallada de la naturaleza y extensión de las lesiones consecuencia del accidente:				

17. Son las lesiones mencionadas consecuencia directa del accidente? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>				
18. Sufre el asegurado alguna enfermedad o lesión que no sea debida al accidente? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>				
19. Tiene el asegurado algún impedimento físico debido a accidente o enfermedad previa? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>				
Especifique:				

20. Indique la fecha de inicio del tratamiento y el manejo específico dado a cada una de las lesiones:				

21. Honorarios por procedimientos: visitas médicas, cirugías, hospital, etc				
Fecha del Servicio	Lugar del Servicio	Procedimientos, Servicios y/o materiales suministrados	Codigo de Procedimiento CPT	Valor a Pagar
18. Firma y sello del médico o Proveedor del Servicio			19. Contacto del médico o proveedor	
			Teléfono _____ Fax _____	
			e-mail _____	
20. Hacer cheque a nombre de: (debe tener sello, RUC y DV)				

CONDICIONES QUE RIGEN LA PÓLIZA PARA LA COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA:

Queda entendido que Aseguradora Ancón indemnizará los gastos médicos ocurridos por los servicios médicos cubiertos bajo la póliza, siempre que éstos estén dentro del límite de responsabilidad descrito en las condiciones particulares de la póliza y que los mismos se ajusten a gastos justos razonables y acostumbrados en el mercado para el servicio, procedimiento o suministro involucrado.

Para el pago de todos los cargos es obligatorio adjuntar a éste formulario toda la información en él solicitada, además de todas las facturas y documentos originales de gastos hospitalarios y de honorarios médicos, que aparezcan detallados en el estado de cuenta.

Aseguradora Ancón autoriza la atención de urgencia dentro de las 25 horas inmediatamente siguientes a la ocurrencia del accidente. Después de éste periodo solamente se atenderán casos con autorización expresa de Aseguradora Ancón. En caso de requerir hospitalización por un periodo mayor de 24 horas, sólo se aceptarán los cargos si éstos han recibido la autorización de aseguradora Ancón.

REQUISITOS PARA TRAMITAR UN RECLAMO

A. Reembolso de gastos médicos por accidente:

1. Formulario de reclamos diligenciado completamente y firmado por el médico tratante.
2. Copia de la cuadrícula del cuarto de urgencias.
3. Copia del carnet y/o recibo de matrícula del estudiante.
4. Copia de la cédula del padre o acudiente responsable por la cuenta.
5. Estado de cuenta del hospital con el detalle de los gastos involucrados y días hospitalizado.
6. Facturas originales, membretadas y con el número de RUC, indicando los honorarios de cada médico que lo atendió.
7. Facturas originales, membretadas y con el número de RUC, con el detalle de los nombres, cantidades y precios de los medicamentos adquiridos. Adjuntar la receta del médico con fecha, sello y firma.
8. Facturas originales, membretadas y con el número de RUC, con el detalle de los tratamientos, exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos y demás servicios médicos recibidos. Adjuntar la orden del médico con fecha, sello y firma.

B. Muerte a consecuencia de un accidente:

1. Formulario de reclamos diligenciado completamente y firmado por el médico tratante.
2. Copia de la cuadrícula del cuarto de urgencias.
3. Si es por accidente automovilístico, debe adjuntar el parte policivo (si es pasajero), o la resolución del tránsito (si es conductor).
4. Certificado de la autopsia y exámenes toxicológicos emitidos por la medicatura forense.
5. Si es una muerte accidental, no relacionada con accidente de tránsito, las visitas fiscales emitidas por la fiscalía.
6. Certificado de defunción emitido por el Registro Civil, con sus timbres fiscales.
7. Copia de la cédula de identidad, carnet y recibo de matrícula del fallecido.
8. Copia de la cédula de identidad de los beneficiarios.
9. Si los beneficiarios son menores de edad, debe incluir copia de los certificados de nacimiento de ellos. Si el asegurado no designó un administrador fiduciario de los menores, debe incluir la resolución de guarda y crianza emitido por el juzgado de familia.

C. Incapacidad total y permanente:

1. Formulario de reclamos diligenciado completamente y firmado por el médico tratante.
2. Copia de la cuadrícula del cuarto de urgencias.
3. Copia del carnet y/o recibo de matrícula del estudiante.
4. Informe médico detallado que indique el grado de pérdida anatómica o funcional, causante de incapacidad permanente.

D. Desmembramiento:

1. Formulario de reclamos diligenciado completamente y firmado por el médico tratante.
2. Copia de la cuadrícula del cuarto de urgencias.
3. Radiografías del momento del accidente y posteriores al tratamiento.
4. Copia del carnet y/o recibo de matrícula del estudiante.