



Compañía de Seguros, S.A.
 Cédula Jurídica 3-101-593961
 Apartado 46-6155 Fórum 1, Santa Ana
 Teléfono (506) 2503-2727 Fax (506) 2503-2797
 www.assanet.cr

Notificación de Reclamos
Claims Notification

Salud o Accidentes Personales
Health or Personal Accidents

Verificación Electrónica No. _____
 Electronic Verification No. _____

Declaración del Asegurado. (Favor llenar en letra imprenta. / Please fill in print.)

Estimado asegurado, para tramitar el reclamo le agradecemos completar el formulario en todas sus partes. / Dear insured, we appreciate to complete the form to process your claim.

Contratante (Sólo si es Póliza Colectiva) _____
 Contracting party (only if it is a Policy holder)
 Número de Póliza _____ No. Unidad/Certificado (sólo si es Póliza Colectiva) _____
 Policy No. Certificate (only if it is a Policy holder)
 Teléfono: _____ Celular _____
 Phone Mobile
 Dirección de correo electrónico del asegurado _____
 Email address of insured

Datos del Asegurado / Insured data

Nombres _____ Apellidos _____
 Names Last names
 Cédula o Número de Identificación: _____
 ID No.
 Cuenta IBAN del asegurado titular de la Póliza **CR** _____
 IBAN account of the insurer who owns the Policy
 Moneda: Dólares Colones

Datos del Reclamante. Paciente / Patient's data

Nombres _____ Apellidos _____
 Names Last names
 Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Cédula _____
 Date of birth Day Month Year ID

Declaración del médico / Doctor's statement

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

Diagnóstico principal: _____
 Pincipal diagnosis
 _____ ICD _____

Diagnóstico secundario: _____
 Secondary diagnosis
 _____ ICD _____

¿Cuándo se iniciaron los síntomas de esta condición? día _____ mes _____ año _____
 When did the symptoms of this condition begin? Day Month Year

Descripción de los hallazgos físicos o síntomas que apoyen el diagnóstico: _____
 Description of the physical findings and symptoms that support the diagnosis

¿Ha sido tratado el paciente previamente por alguna(s) condición(s) a ésta? Sí No
 Has the patient been previously treated by some condition(s) related to this?

día _____ mes _____ año _____
 Day Month Year

Medicamentos / Medicines

Presentar la receta médica de los medicamentos, completada y firmada por el médico tratante.
 Present the prescription for medications, completed and signed by the attending physician.

Servicios Preautorizados. Pre-used services

Laboratorio Clínico y Diagnóstico por Imagen u Otros. Clinical Laboratory and Diagnostic Imaging or Other.

Presentar la receta médica, completada y firmada por el médico tratante, con la descripción del examen solicitado.
 Submit the medical prescription, completed and signed by the treating physician, with the description of the medical examination requested.

Hospitalización y/o Procedimientos Especiales / Hospitalization and/or Special Procedures

Completado por el médico tratante. / Completed by the attending medical.

Favor indicar fecha programada para la hospitalización, hospital y tiempo estimado de hospitalización:

Please indicate the hospitalization scheduled date, hospital and estimated hospitalization time.

Día _____ Mes _____ Año _____
Day Month Year

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y/o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultado de todos los procedimientos de diagnóstico ya realizados.

You must specify the surgical procedures and / or the special procedures to be performed. To authorize a hospitalization it is essential to attach a copy of the result of all the diagnostic procedures already performed

Indique el (los) Procedimiento (s) Indicate the Procedure (s)	Código Code
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____

Honorarios Cirujanos _____ Honorarios Ayudante _____
Surgeon Fees Assistant Fees

Honorarios Anestesiista _____ Otros _____
Anesthetist Fees Others

Observaciones _____
Observations

Favor completar en caso de solicitar preautorización por embarazo a término:

Please complete in case of requesting pre-authorization for term pregnancy:

Embarazo No.: _____ Fecha de la última menstruación _____ Fecha de la primera consulta: _____
Pregnancy No. Last menstruation date Date of first consultation

Embarazo de alto riesgo Sí No Número de Productos: _____
High risk pregnancy Number of Products

Tipo de Parto: Normal Cesárea
Birth type Caesarean operation

Motivo por el cual solicita Cesárea: _____
Reason for requesting a caesarean operation

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mi corresponden a los servicios que he prestado.
I certify that I am the attending physician and that my statements correspond to the services rendered.

Nombre y Sello
Name & Print

Firma del Médico
Physician's Signature

No. de identificación
ID Number

Dirección / Teléfono _____ Fecha _____ Correo electrónico _____
Address / Telephone Date Email

"Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de seguro que posean información archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a ASSA Compañía de Seguros, S.A."

I certify that the information above is correct.
I authorize any doctor, nurse, hospital, provider, insurance broker, and other insurance companies that have information, clinical records, or medical grids concerning the claimant to provide such information and/or documentation to ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Firma del asegurado o representante legal

Fecha