SWEADEN
Compañía de Seguros S.A.

Formulario de Prestaciones Ambulatoria y Hospitalarias

SECCIÓN 1: Datos generales del reclamo

Fecha de solicitud: ____/____/____ Plan: _____ Clase: Ambulatorio ☐ Hospitalario ☐ Línea: Individual ☐ Corporativo ☐ Masivo ☐

Prestador: _____ Ciudad: _____

SECCIÓN 2: Datos a ingresar por el asegurado

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante: _____ Póliza: _____

Titular: _____ C.I.: _____ Celular: _____

Paciente: _____ C.I.: _____ Celular: _____

Parentezco _____ Sexo: F ☐ M ☐ Edad: _____ E-mail: _____

DATOS DE LA INCAPACIDAD

Enfermedad ☐ Hospitalización ☐ Maternidad ☐ Accidente ☐

Enfermedad (Signos y/o síntomas) _____

Inicio de signos y/o síntomas ____/____/____ Ha recibido atención previa por esta causa Si ☐ No ☐ Nombre del Médico Tratante _____

EN CASO DE SER ACCIDENTE:

Fecha del accidente: ____/____/____ ¿Cómo ocurrió el accidente?: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de atención médica que suministren a SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., cualquier información, incluyendo pero no limitada a: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc.

SECCIÓN 3: Datos a ingresar por el Médico Tratante

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Diagnóstico Completo: _____

En caso de embarazo (F.U.M.) ____/____/____ Fecha de síntomas ____/____/____ Fecha de primera atención ____/____/____

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO

Código CPT: _____ Hospital y/o Clínica: _____

Fecha de hospitalización: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Observaciones adicionales del Médico Tratante: _____

Asegurado
Firma

Médico Tratante
Firma y Sello

Prestador Hospitalario
Firma y Sello