

 <b>PROCURADURÍA AGRARIA</b> Secretaría General Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto Dirección de Organización DOCUMENTO NORMATIVO FECHA: ABRIL DE 2004	<b>Catálogo de Formatos</b>	No. de Documento
		<b>SG-DGPOP-DO-IO-002</b>
		REVISIÓN:
		HOJA 17/74

<b>Nombre del Formato:</b>	Declaración del Reclamante.
<b>Número del Formato:</b>	CI85-O-95
<b>Unidad Administrativa Responsable:</b>	Dirección de Personal. Subdirección de Prestaciones.
<b>Usuario:</b>	

Especificaciones		Utilización
<b>Tamaño:</b>	Carta	Es utilizada para la reclamación a través del sistema de reembolso ante la aseguradora MetLife sobre los gastos erogados por servicios hospitalarios y/o médicos.
<b>Dimensiones:</b>	21.6 X 27.9	
<b>Color de papel:</b>	Blanco	
<b>Color de la tinta:</b>	Negro	
<b>Número de copias:</b>		
<b>Otras:</b>		

Anverso	Reverso																																																																			
<div style="text-align: center;">  <b>DECLARACION DEL RECLAMANTE</b>  <small>Institución Nacional de Seguros</small> </div> <p><small>NOTA: ES IMPORTANTE QUE TODAS LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS Y QUE SE DE LA INFORMACION COMPLETA Y DETALLADA. POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCION NO QUEDA OBLIGADA A ADAPTAR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACION A REIVINDICAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA POLIZA.</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">No. DE POLIZA</td> <td style="width: 33%;">No. DE CERTIFICADO</td> <td style="width: 34%;">FECHA DE EMISION DE POLIZA</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>Nombre o Razón Social del Contratante</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>Nombre del Asegurado</small></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><small>Nombre del Paciente Asegurado</small></td> <td style="text-align: center;"><small>FECHA DE ALTA AL SEGURO</small></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>FECHA DE NACIMIENTO</small></td> <td style="text-align: center;"><small>EDAD</small></td> <td style="text-align: center;"><small>ESTADO CIVIL</small></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>SEXO</small></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><small>PARENTESCO</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>DOMICILIO</small></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>C.P.</small></td> <td style="text-align: center;"><small>TELEFONO</small></td> <td style="text-align: center;"><small>OCUPACION</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>LUGAR DONDE TRABAJA</small></td> </tr> </table> <p><small>¿Tiene o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía?</small> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><small>Si está de Accidente</small> <input type="checkbox"/> <small>Enfermedad</small> <input type="checkbox"/> <small>Enfermo</small> <input type="checkbox"/></p> <p><small>¿Ha presentado gastos similares por este padecimiento en esta u otra Compañía?</small> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><small>Nombre del Agente</small> <input type="text"/></p> <p><small>Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad</small> <input type="text"/></p> <p><small>¿Se ha sometido a cirugía y dónde ocurrió el accidente?</small> <input type="text"/></p> <p><small>¿Tiene conocimiento del accidente alguna autoridad competente?</small> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cita a qué</p> <p><small>¿En caso de accidente automovilístico, existe Seguro del (de los) automovil (es)?</small> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Razón de mencionarlo</p> <p><small>¿Qué estudios de laboratorio y rayos X le fueron realizados?</small> <input type="text"/></p> <p><small>¿Recibió en el país la atención?</small> <input type="text"/></p>	No. DE POLIZA	No. DE CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE POLIZA	<small>Nombre o Razón Social del Contratante</small>			<small>Nombre del Asegurado</small>			<small>Nombre del Paciente Asegurado</small>		<small>FECHA DE ALTA AL SEGURO</small>	<small>FECHA DE NACIMIENTO</small>	<small>EDAD</small>	<small>ESTADO CIVIL</small>	<small>SEXO</small>	<small>PARENTESCO</small>		<small>DOMICILIO</small>			<small>C.P.</small>	<small>TELEFONO</small>	<small>OCUPACION</small>	<small>LUGAR DONDE TRABAJA</small>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><small>Nombre del Médico Tratante</small></td> <td style="width: 33%;"><small>Apellido Materno</small></td> <td style="width: 34%;"><small>Nombre(s)</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>Lugar de atención</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>Por qué motivo le fue recomendado el Médico:</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>Responde Hidalgo S.A.:</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>Describe la naturaleza del padecimiento o de los lesiones sufridas</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>¿Qué Médico ha consultado durante los últimos dos años?</small></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><small>Nombre del Médico (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))</small></td> <td><small>DOMICILIO</small></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><small>Calle</small></td> <td><small>Fecha</small></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;"><small>INDIQUE OTRAS POLIZAS EN VIGOR DE GASTOS MEDICOS MAYORES (SUMA), ACCIDENTES (ACC.) U HOSPITALIZACION (HOSP.)</small></th> </tr> <tr> <th style="width: 33%;">COMPAÑIA</th> <th style="width: 33%;">COBERTURA</th> <th style="width: 33%;">SUMA ASEGURADA</th> <th style="width: 33%;">No. DE POLIZA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><small>EL QUE SUSCRIBE, SOLICITA Y AUTORIZA A CUALQUIER HOSPITAL, AL MEDICO O PERSONA QUE ME HAYA ATENDIDO O CHAMADO A MI, O A CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA, A SUBSEGUIR A ASEGURADORA HIDALGO S.A. O A SU REPRESENTANTE, TODA LA INFORMACION CON RELACION A LA ENFERMEDAD O LESION QUE HALLARON SUPLENDO HISTORIA CLINICA, CONSULTAS, PRESCRIPCIONES O TRATAMIENTOS, INCLUIDOS RADIOGRAFIAS Y COPIAS DE EXISTENTES DEL HOSPITAL O MEDICO, LO QUE PODRA SER INCLUIDO COMO PARTE DE LAS PRUEBAS DE LA RECLAMACION PRESENTADA POR MI A LA INSTITUCION, COPIA FOTOGRAFICA DE ESTA AUTORIZACION DEBERA SER CONSERVADA TAN EFECTIVA Y VERDA COMO EL ORIGINAL.</small></p> <p><small>LLENAR Y FECHAR</small></p> <p style="text-align: center;"> <small>FIRMA DEL PACIENTE ASISTIDO</small> <span style="margin-left: 200px;"><small>FIRMA DEL RECLAMANTE</small></span> </p>	<small>Nombre del Médico Tratante</small>	<small>Apellido Materno</small>	<small>Nombre(s)</small>	<small>Lugar de atención</small>			<small>Por qué motivo le fue recomendado el Médico:</small>			<small>Responde Hidalgo S.A.:</small>			<small>Describe la naturaleza del padecimiento o de los lesiones sufridas</small>			<small>¿Qué Médico ha consultado durante los últimos dos años?</small>			<small>Nombre del Médico (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))</small>		<small>DOMICILIO</small>	<small>Calle</small>		<small>Fecha</small>	<small>INDIQUE OTRAS POLIZAS EN VIGOR DE GASTOS MEDICOS MAYORES (SUMA), ACCIDENTES (ACC.) U HOSPITALIZACION (HOSP.)</small>				COMPAÑIA	COBERTURA	SUMA ASEGURADA	No. DE POLIZA								
No. DE POLIZA	No. DE CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE POLIZA																																																																		
<small>Nombre o Razón Social del Contratante</small>																																																																				
<small>Nombre del Asegurado</small>																																																																				
<small>Nombre del Paciente Asegurado</small>		<small>FECHA DE ALTA AL SEGURO</small>																																																																		
<small>FECHA DE NACIMIENTO</small>	<small>EDAD</small>	<small>ESTADO CIVIL</small>																																																																		
<small>SEXO</small>	<small>PARENTESCO</small>																																																																			
<small>DOMICILIO</small>																																																																				
<small>C.P.</small>	<small>TELEFONO</small>	<small>OCUPACION</small>																																																																		
<small>LUGAR DONDE TRABAJA</small>																																																																				
<small>Nombre del Médico Tratante</small>	<small>Apellido Materno</small>	<small>Nombre(s)</small>																																																																		
<small>Lugar de atención</small>																																																																				
<small>Por qué motivo le fue recomendado el Médico:</small>																																																																				
<small>Responde Hidalgo S.A.:</small>																																																																				
<small>Describe la naturaleza del padecimiento o de los lesiones sufridas</small>																																																																				
<small>¿Qué Médico ha consultado durante los últimos dos años?</small>																																																																				
<small>Nombre del Médico (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))</small>		<small>DOMICILIO</small>																																																																		
<small>Calle</small>		<small>Fecha</small>																																																																		
<small>INDIQUE OTRAS POLIZAS EN VIGOR DE GASTOS MEDICOS MAYORES (SUMA), ACCIDENTES (ACC.) U HOSPITALIZACION (HOSP.)</small>																																																																				
COMPAÑIA	COBERTURA	SUMA ASEGURADA	No. DE POLIZA																																																																	