



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Departamento de Accidentes y Salud

SOLICITUD DE BENEFICIOS GASTOS MEDICOS
(Llenarla a máquina o letra imprenta, LEGIBLE, sin tachaduras ni borrones)

Póliza N°: _____

RECLAMO N°: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

1.Nombre del Asegurado Directo: _____
PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE _____
N° de Cédula: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
2.Dirección exacta o Apartado Postal: _____ N° Colegiado: _____
3.Cuenta Cliente del Asegurado Directo en colones: _____
Por favor aportar documento fehaciente del Banco donde muestre que la cuenta pertenece al asegurado titular. Solo cuentas personales en colones

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

4.Nombre del Paciente: _____
PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE _____
N° Cédula: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
SEXO Masculino Femenino
RELACIÓN CON EL ASEGURADO Cónyuge Mi persona Hijo (a)
5.Profesión u Oficio: _____
6.Entidad o empresa en la que labora o Centro de Estudios: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

7.El reclamo se hace a causa de: ENFERMEDAD ACCIDENTE MATERNIDAD
8.Naturaleza de la Dolencia o Enfermedad (detalle los síntomas, si se debió a accidente, diga donde porqué y cómo pasó) y Consecuencias _____
9.Primeros síntomas manifestados de la Enfermedad o Accidente, indique:
Fecha: _____ Lugar: _____ Ocupación: _____
10.Se debió esta dolencia a la ocupación del paciente: SI NO
11.Indique nombre y teléfono de los testigos que presenciaron el accidente: _____
12. Si estuvo hospitalizado indique el nombre del hospital y días que estuvo recluso: _____

13.Nombre y domicilio del médico que le prestó los primeros auxilios: Indique si es médico habitual de Asegurado, en caso de enfermedad dígame el nombre del médico que lo atiende:

NOMBRE	DIRECCIÓN	Primera fecha consulta
		DÍA - MES - AÑO

14.Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualquiera otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales y cualquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo al **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS)**. Asimismo autorizo a los funcionarios que el I.N.S. designe, para consultar y recopilar toda la información contenida en mis expedientes en cualquier otro centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

15.Nombre, Firma y Número de cédula del reclamante o número de identificación
Nombre: _____
Fecha: _____
Firma y N° de Cédula _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA**PARTE B**(Estimado Doctor, favor llenar a máquina o letra manuscrita **LEGIBLE** para terceros)

1.Nombre del Paciente:

2.Edad:

3.Indique brevemente el diagnóstico y los síntomas de la enfermedad o lesión (Detallar con letra legible)

4.¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia por primera vez o cuando ocurrió el accidente? Sea lo más detallado posible:

5.¿Cuándo lo consulto el paciente por primera vez sobre esta condición?

6.¿Ha sufrido el paciente de esta dolencia anteriormente. Cuándo?

8.¿Qué relación tiene esta dolencia con otros padecimientos del Asegurado?

9.¿Desde cuándo a tratado al asegurado como paciente? ¿Sobre que dolencias?

10.Clase de tratamiento o cirugía practicada. (describa detalladamente los exámenes, medicamentos y tratamientos remitidos)

11.Costo de esta intervención:

12.¿Con internación?

SI NO

13.Fecha en que se efectuará:

14.¿Donde se efectuó?

15.Diga las fechas de tratamiento:

16.Cobrado por visita:

17.Consultorio:.....

.....

18.Residencia:.....

.....

19.Hospital:.....

.....

20. Explique que otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa mas adelante. Porqué?

21.Explique si se debe esta condición a una lesión o enfermedad proveniente del empleo del paciente:

22.¿Está todavía el paciente a su cuidado por esta condición? (Si fue dado de alta de la fecha)

SI NO

Fecha:

23.OBSERVACIONES:

Fecha:

Nombre del Médico, teléfono y su dirección completa

Firma del facultativo y No. Colegiado