

# Formulario de Reclamos de Gastos Médicos por Accidente

Favor enviar a: [indemnizacionesap@sura.com.pa](mailto:indemnizacionesap@sura.com.pa)

## Datos del Paciente

Contratante (aplica para colectivos): \_\_\_\_\_ Póliza No.: \_\_\_\_\_  
 Asegurado: \_\_\_\_\_ Grado (en caso de ser póliza escolar): \_\_\_\_\_  
 Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

## Declaración de Accidente:

- Si la atención médica es a causa de accidente, indique fecha, hora, lugar y cómo sucedió: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Detalles: \_\_\_\_\_
- En caso de accidente de auto, si el responsable es un tercero, indique: Nombre / Teléfono / Compañía y adjuntar parte policivo (si lo tiene): \_\_\_\_\_
- ¿Sufre de alguna enfermedad o lesión que no sea relacionada a este accidente?  SÍ  NO  
 Detalle: \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido anteriormente tratamiento médico por accidente?  SÍ  NO  
 En caso afirmativo indique lesión, fecha, nombre del médico consultado y clínica: \_\_\_\_\_

## Datos del Médico Tratante

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Registro Médico y D.V.: \_\_\_\_\_  
 Teléfono/Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Modo de Pago:  Cheque  ACH (Debe haber completado un formulario previo)  
 Emisión de pago a nombre de (Sello, RUC, D.V.) \_\_\_\_\_

Diagnóstico	Descripción	Código ICD-10
Dx. Principal		
Dx. Secundarios		
Dx. Secundarios		

Fecha	Lugar de Servicio	Código (CPT)	Descripción del Procedimiento	Valor Reclamado

Indique los exámenes de laboratorio, RX o estudios especiales que usted ordenó: \_\_\_\_\_

Autorizo el pago de beneficios médicos al médico firmante o al proveedor que efectuó los servicios descritos en este formulario de reclamos. Declaro bajo la seriedad del juramento que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa. Entiendo que cualquier información falsa, errónea, o inexacta puede ser causal del rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro. Autorizo por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico y otra facilidad médica o médicamente relacionada que posee licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, o de mi cónyuge, hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero, a dar dicha información a Seguros Sura, incluyendo copia fotostática de los análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que tengan en su poder, para lo cual los releve de toda responsabilidad penal, civil o administrativa, en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias en cumplimiento con lo establecido en la Ley que regula los derechos y obligaciones del paciente. Una copia fotostática de autorización será tan válida como la original. Adicionalmente por este medio autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, preautorizaciones e historial clínico.

EL ASEGURADO, con base a la Ley N°68 de 20 de noviembre de 2003, autoriza a su corredor de seguros, a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud, y cualquier otra institución gubernamental o cualquier otro proveedor del cuidado de la salud, asegurador o empleador, tenedores de pólizas de grupo que tengan datos o información sobre él o sus dependientes con referencia a cualquier tratamiento médico, examen, dictamen u hospitalización, puedan ser informados de todo lo concerniente a su expediente clínico.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha