

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

## Datos del Paciente

Asegurado: \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_  
 Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

## 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.) \_\_\_\_\_

## Declaración de Salud

- ¿Tiene usted seguro en otra compañía?  Sí  NO En caso afirmativo indicar el nombre de la compañía y el No. de póliza: \_\_\_\_\_
- 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: \_\_\_\_\_
- Si la atención médica es por enfermedad, indique la fecha de los primeros síntomas: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- ¿Sabe usted si el paciente ha recibido anteriormente tratamiento médico por esta enfermedad?  Sí  NO  
 En caso afirmativo indique nombre del médico consultado y clínica: \_\_\_\_\_
- Si la atención es a causa de embarazo, indique fecha de última menstruación: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- Tipo de Solicitud de Procedimiento:  Hospitalización (Días\_\_\_\_)  Extensión de días (Días\_\_\_\_)  
 Cirugía Ambulatoria  Estudios Especiales  Otros Indique: \_\_\_\_\_
- Tipo de Anestesia:  General  Regional  Epidural  Local  Sedación  No aplica  
 Indique nombre de Médico Anestesiólogo: \_\_\_\_\_
- Requiere Asistencia Quirúrgica:  Sí  No Indique Nombre del Médico Asistente: \_\_\_\_\_
- En caso de alumbramiento; indique nombre de Médico Pediatra Neonatólogo: \_\_\_\_\_
- Nombre del Lugar de Procedimiento: \_\_\_\_\_
- Favor indicar las razones por las que realiza esta solicitud: \_\_\_\_\_

\*Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá\*

**Adjuntar soporte documental: Informes de Imagenología, Laboratorios, Patología, EKG, o cualquier otro examen que se haya realizado**

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

  

Código (CPT)	Descripción del Procedimiento

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