



FORMULARIO ATENCIÓN MÉDICA  
SEGURO ESTUDIANTIL-SEGUROS DEL MAGISTERIO

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO O PADRE DE FAMILIA

Nombre Completo del Asegurado o Padre de Familia \_\_\_\_\_

Nº de Identificación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio o Apartado Postal \_\_\_\_\_

Forma de Pago: Cheque  Transferencia

Entidad Bancaria del Tomador del Seguro o Asegurado Directo \_\_\_\_\_

Cuenta IBAN \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo del Paciente \_\_\_\_\_

Nº de Identificación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio \_\_\_\_\_ Género F  M

Asegurado Principal:  Hijo /Dependiente  Otros

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

Consecuencia del Reclamo: Accidente  Gastos Médicos por Emergencia

Fecha del Evento \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Naturaleza de la dolencia o enfermedad. En caso de accidente, indique ¿Dónde y cómo pasó?

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio de primeros síntomas \_\_\_\_\_

Primeros síntomas manifestados del accidente o emergencia

\_\_\_\_\_

Si estuvo hospitalizado, indique el nombre del hospital y fechas correspondientes

\_\_\_\_\_

En caso de enfermedad, ha recibido tratamiento anteriormente por la misma dolencia Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, indique la fecha, historial médico, médico tratante, centro médico de atención y tratamiento

\_\_\_\_\_

Firma de Asegurado o Padre Encargado \_\_\_\_\_ Nº de Identificación \_\_\_\_\_