

**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:

Entidad Bancaria del Tomador del Seguro o Asegurado Directo Cuenta IBAN: CR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo del Paciente

N° de Identificación

Edad

Fecha de Nacimiento

Profesión u oficio

Género

Asegurado Principal:

Hijo /Dependiente

Otros

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

Consecuencia del Reclamo:

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

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