

# FORMULARIO DE RECLAMO

(Para uso exclusivo de los Productos WorldAccess y PreferredAccess)



INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.

Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

## I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Nombre del Asegurado Principal (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Número de Póliza #

Celular

Correo electrónico

## II- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Fecha de Nacimiento  
Mes/Día/Año

Sexo

M  
 F

Relación con el Asegurado Principal  Cónyuge  Hijo  Otro

## III- DETALLES DEL DIAGNÓSTICO, LESIONES O ACCIDENTES:

Está relacionada esta condición con un accidente?

Si  No

Si la respuesta es "SI", fue la lesión causada por el acto u omisión de una persona diferente al paciente?

Si  No

Diagnóstico, naturaleza de la lesión o enfermedad:

Fecha de la lesión o enfermedad

Fecha de la primera consulta médica con referencia a esta condición o accidente

Sintomas similares ocurridos previamente?  Si  No Si la respuesta es "SI", cuando?

## IV- PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON UNA HOSPITALIZACIÓN:

Nombre del Hospital

Periodo de hospitalización.

Desde

Hasta

## V- INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS:

En conexión con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ha usted sometido o someterá reclamos, contra otra póliza de seguros médicos? Si la respuesta es "SI", por favor proporcione:

Si  No

Nombre de la Compañía

Número de Póliza

## VI- MÉTODO DE REEMBOLSO:

Cheque  ACH

