FORMULARIO DE RECLAMO

PAN AMERICAN MÉXICO
COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A.

Elección de producto: ○ Pan-American WorldAccess ○ Pan-American PreferredAccess

Para ser completado por el médico tratante

I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Nombre del solicitante (apellidos, primer nombre e inicial del segundo)	R.F.C. con homoclave	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Peso ○ lb ○ kg	Estatura ○ pies ○ m
			○ **M** ○ **F**		

Fumador ○ **Sí** ○ **No** Cigarillos por día ☐ Cantidad de años fumando ☐

II- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente (2 apellidos, primer nombre e inicial del segundo nombre)	Fecha de Nacimiento Día/Mes/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? ○ **Sí** ○ **No**

Diagnóstico primario y naturaleza de la lesión o enfermedad:

Diagnósticos secundarios y naturaleza de las lesiones o enfermedades:

Tiempo de evolución de la enfermedad

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

IV- PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON UNA HOSPITALIZACIÓN:

Nombre del hospital

Periodo de hospitalización. Desde Hasta

V- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS:

En conexión con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ha usted sometido o someterá reclamos, contra otra póliza de seguros médicos? Sí la respuesta es "Sí", por favor proporcione: ○ **Sí** ○ **No**

Condición como asegurado: ○ Titular ○ Dependiente

Nombre de la compañía Número de póliza

VI- MÉTODO DE REEMBOLSO:

○ Tranferencia bancaria ○ Cheque

Solo llenar en caso de seleccionar la opción transferencia Interbancaria y anexar Copia del Estado de cuenta en donde se aprecie claramente la Clabe interbancaria y Nombre del Titular de la cuenta, si así lo desea puede ocultar los movimientos. Anexar Copia de la Identificación Oficial vigente con firma del Titular de la cuenta (IFE, Cédula Profesional, Pasaporte, etc).

Banco	
Número de Cuenta	Clabe Interbancaria
Nombre del Titular de la Cuenta	

Autorizo a Pan-American México Compañía de Seguros, S. A., para que me sea transferido a la cuenta de referencia el monto a reembolsar de mi reclamación.

VII- GASTOS PRESENTADOS: (solo aplica el llenado de esta sección en reclamaciones vía reembolso)

Fecha de servicio	Médico o proveedor	Descripción servicios médicos proporcionados	Moneda	Cantidad
			Monto Total Solicitado	

IX- AUTORIZACIÓN Y FIRMAS:

Hago constar que toda la información suministrada por mí, en esta declaración y cualquier información suministrada subsecuentemente, son manifestaciones verdaderas, completas y correctas.

La Compañía tiene el derecho de requerir información adicional de médicos, hospitales, proveedores de cuidados de salud, con el exclusivo propósito de evaluar la elegibilidad del presente reclamo de beneficios médicos bajo el plan por el cual estoy declarando. Yo autorizo para este propósito a los representantes de Pan – American México, Compañía de Seguros S.A. para que puedan solicitar a los médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, farmacias, laboratorios clínicos y de imagenología, así como autoridades judiciales en todo el territorio nacional, toda información contenida en expedientes médicos, dictámenes médicos, reportes forenses, antecedentes y/o recetas médicas dirigidas a mi persona. Una copia de esta declaración podrá servir como prueba de mi autorización.

Firma del Asegurado Principal	Firma del paciente (si no es el Asegurado Principal y si es mayor de edad)
Fecha	Fecha

El presente formato está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número _____- de fecha _____