

**PLANILLA DE RECLAMOS DE
HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD**

Fecha:
Nº de Reclamo:

DATOS DE LA PÓLIZA

Tomador:	Nº de Póliza:	Nº de Certificado:
Nombres y Apellidos del Titular:	Cédula de Identidad:	Edad:
Dirección:	Teléfono:	

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos:	Cédula de Identidad:	Edad:	Parentesco:
----------------------	----------------------	-------	-------------

DETALLE DE LA HOSPITALIZACIÓN

Fecha de Ingreso:	Hora de Ingreso:	Fecha de Egreso:	Hora de Egreso:
Desde cuando es su paciente:	Fecha de comienzo de los síntomas:	Causa de la enfermedad o tratamiento médico:	

¿Declara el Asegurado alguna otra afección que a su criterio influye en el estado actual del paciente? Si No

En caso afirmativo, dar detalles:

Tratamiento Inicial (Detalle):

Consecuencias (Detalle):

Tiempo de evolución de la enfermedad: