

**FORMULARIO ATENCIÓN MÉDICA  
SEGURO ESTUDIANTIL-SEGUROS DEL MAGISTERIO**

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO O PADRE DE FAMILIA**

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

N° de Identificación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

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

Forma de Pago:                      Cheque                                            Transferencia                     

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

Cuenta Cliente   

\*En caso de ser cuenta del Banco Nacional, anotar únicamente la cuenta corriente

Cuenta Corriente       -   -    -        -

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

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

N° 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 \_\_\_\_\_

N° de Identificación \_\_\_\_\_