

**FORMULARIO DE RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS**

**SECCIÓN I: Para ser completada por el asegurado titular**

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de Certificado: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_ DPI: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Causa de Siniestro: (marque con X) Enfermedad  Accidente  Maternidad  Control Niño Sano   
 Fecha de atención o accidente: \_\_\_\_\_  
 Descripción del reclamo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Fecha Reclamación: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II: Para ser completada por el médico tratante**

Fecha de consulta \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Tipo de tratamiento y/o Procedimiento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre Médico tratante \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_  
 Colegiado No. \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Firma y Sello médico tratante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo de la Compañía Aseguradora**

Análisis y recomendación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del analista \_\_\_\_\_

### Proceso para el trámite por reembolso convencional

1. Asegurado recibe el servicio médico con proveedor de su elección y cancela el 100% del total de la cuenta.
2. Trasladar a la aseguradora, este formulario debidamente completado, así como los documentos requeridos, por los siguientes medios disponibles:
  - Entregar documentación en Oficinas Centrales de Aseguradora Rural o entregar en agencia Banrural y solicitar el envío a la agencia 990 o.
  - Enviar de forma digital al correo [reclamos.gastosmedicos@aseguradorarural.com.gt](mailto:reclamos.gastosmedicos@aseguradorarural.com.gt) o al número de whatsapp 3064-6585.
3. La compañía de seguros revisará y analizará la documentación considerando lo siguiente:
  - Si el reclamo por reembolso se encuentra incompleto, se notifica al asegurado (a) sobre los documentos faltantes para continuar con el análisis del reclamo.
  - Cuando el reclamo por reembolso se encuentra completo, se realizará el análisis correspondiente de acuerdo a la cobertura del diagnóstico, condiciones de deducible, y % de participación del asegurado (coaseguro y timbres fiscales) según plan contratado, y según lo establecido en las condiciones generales y particulares de la póliza, tramitando el reembolso sobre lo razonable, usual y acostumbrado (RUA).

### Documentos requeridos para el trámite de reembolso de gastos médicos

- Copia de DPI del Asegurado que incurrió en el gasto.
- Copia de las facturas a nombre del Asegurado(a) por los gastos médicos incurridos (Hospital, honorarios, medicamentos, exámenes de laboratorio, rayos X u otros).
- Copia del desglose del cobro de los servicios médicos efectuados.
- Copia de las recetas extendidas por el médico, en el caso que haya comprado medicamentos.
- Copia del informe de los resultados de exámenes de laboratorio, Rayos X, etc.

Nota: Para poder concluir con el análisis del reclamo es necesario que cumplan con todos los requisitos establecidos, y Aseguradora Rural se reserva el derecho de solicitar cualquier documentación adicional a la antes descrita para el apoyo y verificación del siniestro.

La Sección II de este formulario, queda a discreción de la compañía de seguros el solicitar que se complete por su médico tratante, también puede ser sustituido por una certificación o constancia médica, nota operatoria o historial clínico.

### Dudas o Consultas

Cualquier duda acerca de los requisitos o procedimientos, puede contactarnos en el área de atención de siniestros de Aseguradora Rural, a los correos electrónicos: [reclamos.gastosmedicos@aseguradorarural.com.gt](mailto:reclamos.gastosmedicos@aseguradorarural.com.gt) o [gestion.siniestros@aseguradorarural.com.gt](mailto:gestion.siniestros@aseguradorarural.com.gt) o llamando a nuestro PBX 1720, extensión 302001, 302014, 302783. Puedes visitarnos en oficinas centrales ubicadas en 11 Calle 7-66 zona 9, Centro Corporativo Heilderberg, Nivel 10.