Compañía de Seguros

Presenta tus reclamos de salud de forma fácil y rápida desde la app ASSA Salud. ¡Descárgala ya escaneando el código QR!

PA-REC-F-007

Notificación de Reclamos Salud o Accidentes Personales

Declaración del Asegurado (Favor llenar en letra imprenta)

Estimado asegurado, para tramitar el reclamo le agracemos completar el formulario en todas sus partes

Información del Reclamante (Paciente)

1º nombre	2º nombre	Apellido	Apellido de casada
Póliza No./Unidad	Cédula	Día Mes Año Fecha de nacimiento	

Información del Reclamante (Paciente)

¿Tiene usted otra póliza que cubra estos gastos?	Si ☐ No ☐	Cía. de Seguros	
¿Corresponde a un medicamento de uso prolongado?	Si ☐ No ☐	No. de póliza	

- **Espacio para ser completado solamente para reclamos por Accidente Personales**

Día Mes Año Fecha del accidente	Hora del accidente	En caso de accidentes de tránsito: ¿Hubo parte policivo? En caso de afirmativo favor adjuntar a este formulario	Si ☐ No ☐
¿Reclamo presentado por primera vez?	Si ☐ No ☐	Laboratorios o Rayos X de seguimiento de tratamiento inicial	Si ☐ No ☐

Indique el diagnóstico, los síntomas o lesiones por los cuales está haciendo el reclamo:

Adjunta los siguientes documentos: recibos originales con detalle y copia de la cédula del reclamante · En caso de desmembramiento incluye: Rayos X del miembro afectado.

"Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros ("ASSA") para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

Firma del Asegurado o Representante Legal

Día Mes Año

Fecha

ASSA Compañía de Seguros, S.A. | Todos los derechos reservados. Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

Compañía de Seguros

Presenta tus reclamos de salud de forma fácil y rápida desde la app ASSA Salud. ¡Descárgala ya escaneando el código QR!

Notificación de Reclamos Salud o Accidentes Personales

Declaración del Médico (Favor llenar en letra imprenta)

Declaración del médica

Diagnóstico	ICD	Nombre del(los médico(s) que ha tratado al paciente por alguna(s) condición(es) relacionada(s)
Diagnóstico	ICD	
Día Mes Año Fecha de inicio de síntomas de esta condición		

Descripción del servicio

CPT (Código de procedimiento)	Descripción	Fecha de atención DD/MM/AA	Costo	Lugar

"Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros ("ASSA") para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

Nombre y Sello	Firma	Cédula o RUC y Registro

Email	Teléfono	Dirección

ASSA Compañía de Seguros, S.A. | Todos los derechos reservados. Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá