



Fecha de emisión 10.6.2016

INSTRUCTIVO PARA SOLICITAR SUBSIDIOS

REQUISITOS:

1. *Encontrarse solvente y Activo en el Timbre de Ingeniería, así como en el pago de Colegiatura, al momento de suceder el evento y la fecha en que se presente la documentación.*
2. *Todo reclamo de subsidio deberá ser efectuado en los **90** días siguientes al ingreso del centro hospitalario excluyendo reclamo por maternidad **60** días al ingreso del centro hospitalario en que fue atendida.*
3. *El reclamo por incapacidad temporal, debe ser presentado dentro de los 90 días siguientes a su inicio.*
4. *Para reclamo de subsidio al grupo familiar verificar que se encuentren inscritos los integrantes del mismo. (esposa e hijos menores de 21 años.)*
5. *Para reclamo de maternidad (**parto normal o cesárea**) presentar partida de nacimiento Original o fotocopia autenticada del recién nacido.*

DOCUMENTOS: Adjuntar originales y copia de cada uno de los siguientes documentos:

1. *Formulario de solicitud debidamente lleno, firmado y sellado por el Ingeniero.*
2. *Formulario Médico, **Firmado, Sellado y Timbrado** por el Médico tratante.*
3. *Copia de **Declaración del Impuesto sobre la Renta para quienes trabajen en calidad de Dependencia o por cuenta propia, REQUISITO INDISPENSABLE PARA DAR TRÁMITE A LA SOLICITUD.***
4. *Facturas contables en **ORIGINAL A NOMBRE DEL COLEGIADO**, las facturas del hospital, médico tratante, anestesiólogo, instrumentista, ayudante etec, deberán de indicar nombre del paciente, y el servicio prestado; las facturas de farmacia deberán acompañarse de la respectiva receta.*
5. *Para solicitud de incapacidad temporal, presentar suspensión del I.G.S.S. ó declaración médica indicando las fechas del período de suspensión.*
6. ***PARA LOS RECLAMOS DE COMPLEMENTO A SU SEGURO PARTICULAR:** Presentar finiquito original de la compañía Aseguradora acompañado de las fotocopias de las facturas que la aseguradora pago, simplemente firmadas y selladas por quien firma el finiquito.*
7. *Constancia de Colegiado Activo, **firmada y sellada** por el Ingeniero. (Original)*

Fecha de emisión 10.6.2016



TIMBRE DE INGENIERÍA SOLICITUD DE SUBSIDIO

NOMBRE DEL INGENIERO: _____ No. COL: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ PARENTESCO: _____

SUBSIDIO QUE SOLICITA (MARQUE CON UNA X)

	COLEGIADO	GRUPO FAMILIAR
1. INTERVENCIÓN QUIRURGICA	_____	_____
2. ENFERMEDAD COMÚN	_____	_____
3. ACCIDENTE	_____	_____
4. INCAPACIDAD TEMPORAL	_____	_____
5. MATERNIDAD A LA COLEGIADA	_____	_____

FECHA DEL EVENTO: _____

CENTRO HOSPITALARIO: _____

GASTOS EFECTUADOS:

HONORARIOS MEDICOS _____ Q. _____

COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN _____ Q. _____

MEDICINAS _____ Q. _____

LABORATORIOS _____ Q. _____

OTROS GASTOS _____ Q. _____

TOTAL _____ **Q.** _____

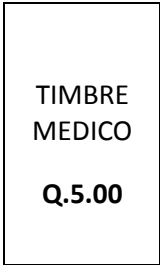
(ADJUNTAR COMPROBANTES ORIGINALES CONTABLES)

GOZA DE OTROS SEGUROS MEDICOS: SI _____ NO _____ MONTO _____

COMPAÑÍA: _____

GUATEMALA, _____ FIRMA _____

Fecha de emisión 10.6.2016



TIMBRE DE INGENIERIA DECLARACIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____
 FECHA DEL EVENTO: _____ FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA: _____

CAUSA DE CONSULTA: ENFERMEDAD ACCIDENTE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

DIAGNOSTICO DEL EVENTO (nombre, causa y tiempo de padecimiento, otra información que considere relevante): _____

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO: _____

¿REALIZO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SI NO en caso afirmativo sírvase completar la siguiente información:

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN: _____

FECHA: _____ La intervención la considera: MAYOR MENOR INTERMEDIA

(Amplíe) _____

COSMETICA ESTETICA FUNCIONAL ESTETICA RECONSTRUCTIVA

TRATAMIENTO DENTAL: ESTETICO FUNCIONAL RECONSTRUCTIVO (por accidente)

INDIQUE EL LUGAR DE ATENCION AL PACIENTE:

CENTRO HOSPITALARIO: _____

EMERGENCIA: _____ ENCAMAMIENTO: _____

CLINICA PARTICULAR _____

CASA DE HABITACION _____

Si no hubo hospitalización explique ¿por qué? _____

¿Ha estado el paciente hospitalizado o ha sido tratado anteriormente por este evento? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE:

FECHA DE ATENCION/HOSPITALIZACION: _____

NOMBRE DEL HOSPITAL: _____

Si el evento causa Incapacidad temporal, indique fechas exactas de inicio y fin de la misma: de _____ al _____

Al momento de llenar este formulario ha dado de ALTA DEFINITIVA al paciente: SI NO

OBSERVACIONES: _____

LUGAR Y FECHA: _____ (F) _____

NOMBRE: _____ No. Col: _____

NOTA: Papel Membretado de la Aseguradora

A QUIEN INTERESE:

HACEMOS CONSTAR QUE (NOMBRE DEL ASEGURADO) ASEGURADO (A) CON EL CERTIFICADO (NUMERO) EN LA POLIZA DE SEGURO COLECTIVO O INDIVIDUAL (NUMERO) EN EL PERIODO COMPENDIDO DESDE (FECHA) HASTA (FECHA) INCURRIDO Y PRESENTO GASTOS MEDICOS-HOPITALARIOS DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:

No. DE RECLAMO	FECHA INCURRIDA	FECHA DE PAGO	No. De CHEQUE	CANTIDAD PRESENTADA	CANTIDAD PAGADA

TOTAL DE GASTOS NO CUBIERTOS POR LA POLIZA.....

PARA LOS USOS QUE LE (LA) INTERESADO (A) ESTIME CONVENIENTES, SE EXTIENDE LA PRESENTE, EN GUATEMALA FECHA ().

ADMINISTRADOR
SEGURO