



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.** \_\_\_\_\_

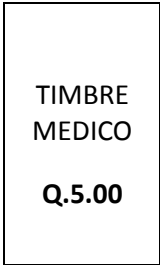
### (ADJUNTAR COMPROBANTES ORIGINALES CONTABLES)

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