



GENERALI

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

SOLICITUD DE BENEFICIOS N°. _____

SINIESTRO N°. _____

CONTRATANTE	CÓDIGO CONTRAT.	CÓDIGO CORREDOR
-------------	-----------------	-----------------

PÓLIZA / PLAN	FECHA INGRESO
---------------	---------------

TITULAR:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO O DEL ESPOSO	NOMBRES
------------------	-------------------------------	---------

DIRECCIÓN	TELÉFONO
-----------	----------

PACIENTE:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO O DEL ESPOSO	NOMBRES
------------------	-------------------------------	---------

EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	PARENTESCO
------	------	--------------	------------

TOTAL DE GASTOS PRESENTADOS	N°. Documentos
-----------------------------	----------------

I: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

1. La atención solicitada está relacionada con:

	MARCAR	DESCRIPCIÓN EXACTA
ENFERMEDAD		
ACCIDENTE		
OPERACIÓN QUIRÚRGICA		
MATERNIDAD		

2. ¿Desde cuándo presenta los síntomas?.....

3. Si es accidente, detalle fecha, lugar y circunstancias en que ocurrió:

4. Si se trata de maternidad, indicar fecha de inicio del proceso de gestación:.....

Certifico que todas las respuestas y declaraciones detalladas son verídicas. Autorizo a la(s) Clínicas(s), Médicos y cualquier, otra Institución a proporcionar a la Compañía la información necesaria y requerida para el ajuste de este siniestro, dispensándola del secreto profesional.

Certificamos que el solicitante de los beneficios del seguro permanece a nuestro servicio y/o se encuentra registrado como asegurado bajo la Póliza indicada.

Fecha: / /

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA DEL CONTRATANTE

Recomendamos no omitir ninguna información solicitada en este documento, a fin de evitar su devolución

II: DATOS PARA SER LLENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del Paciente: Edad:

A. INFORME DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO

1. ¿Qué síntomas y/o signos presenta el paciente?
2. Diagnóstico Presuntivo
3. Diagnóstico Definitivo
4. ¿A cuándo se remonta el inicio de la enfermedad?
5. N°. de Consultas Fechas
6. ¿Ordenó usted interconsultas con especialistas? En caso afirmativo indicar.

NOMBRE DEL MÉDICO	ESPECIALIDAD	N°. DE CONSULTAS	FECHAS
.....
.....
.....

- ¿Ordenó usted exámenes completos y/o especializados? ¿Cuáles?
- ¿Se practicó alguna intervención quirúrgica en consultorio?

B. INFORME DE LA HOSPITALIZACIÓN

- Clínica F. Ingreso F. Egreso
- Diagnóstico
- Tratamiento Médico Quirúrg. Operación Efectuada:
- Nombre del Médico Telf.:
- Dirección: Fecha:
- N°. Reg. C.M. N°. Reg. San.

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

OBSERVACIONES:

C. PARA SER LLENADO POR EL AUDITOR MÉDICO DE LA COMPAÑÍA

OBSERVACIONES:

Fecha: / /

.....
NOMBRE Y FIRMA MÉDICO AUDITOR