



GENERALI ECUADOR

Compañía de Seguros S.A.

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

SOLICITUD DE BENEFICIOS No. :

SNTRO No. :

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		No. 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 proceso de gestación:

Certifico que todas las respuestas y declaraciones detalladas son verídicas. Autorizo a la (s) Clínica (s), médicos y cualquier, otra institución a proporcionar a la Compañía la información necesaria y requerida para el ajuste de este siniestro, dispensándolos 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. No. de Consultas..... Fechas
6. Ordenó usted interconsultas con especialistas? En caso afirmativo indicar.

NOMBRE DEL MÉDICO	ESPECIALIDAD	No. 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:
- No. Reg. C.M. No. Reg. San.

.....
FIRMA Y SELLO DE MÉDICO

OBSERVACIONES:

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

OBSERVACIONES:

Fecha / /

.....
NOMBRE Y FIRMA MÉDICO AUDITOR