



GENERALI ECUADOR

Compañía de Seguros S.A.

## SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

SOLICITUD DE BENEFICIOS No. : .....

SNTRG 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  Quirurg.  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