



POLIZA DE ASISTENCIA MEDICA SOLICITUD DE BENEFICIOS - REEMBOLSO

**PARA SER UTILIZADO EN TODO TIPO DE ATENCION (REEMBOLSO/CREDITO/EMERGENCIAS)
PARA EVITAR DEMORAS EN LA TRAMITACION COMPLETE LA INFORMACION SOLICITADA**

NOTA: Para el reembolso de Gastos Médicos es necesario que se proporcione toda la información requerida en esta Solicitud, y además adjuntar las facturas valoradas en original y copia (a nombre de Alianza Compañía de Seguros y Reaseguros S. A. NIT. 1020351029) recetas/órdenes y resultados de exámenes, exámenes anatómico - patológico, pruebas, etc. En caso de cirugía cualquier documentación relacionada con el caso.

1. INFORME DEL PACIENTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Sírvase colocar el Número de Teléfono del Titular para cualquier consulta adicional - Teléfono:

Es el paciente: Titular Cónyuge Hijo Otros

Edad: Sexo: Masculino Femenino

PARA SER LLENADO POR EL TITULAR ASEGURADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Fecha Inicio Seguro	Póliza	Código Asegurado	Código Contratante
---------------------	--------	------------------	--------------------

Nombre o Razón Social del Contratante de la Póliza (a quien se factura el Seguro)	Plan	Teléfono del contratante
-----------------------------------------------------------------------------------	------	--------------------------

Síntomas

EN CASO DE ACCIDENTE Fecha de ocurrencia Cómo

..... Dónde

Importe Presentado	Fecha Presentación	Girar el Cheque a nombre de: (Adjuntar carta de autorización del Titular)
--------------------	--------------------	---------------------------------------------------------------------------

- Certifico que las respuestas y declaraciones que anteceden, así como las facturas que se adjuntan son verdicas y ajustadas a la realidad, autorizo a la Clínica así como a los médicos tratantes para que suministren a Alianza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. cualquier información, datos del archivo médico, exámenes de laboratorio, etc. dispensándolos del secreto profesional.
- La entrega de este formulario no podrá interpretarse como aceptación de responsabilidades por parte de la Compañía. Cualquier error, simulación o fraude por parte del asegurado privará a este y sus familiares de todo derecho a indemnización.
- Entendiendo que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los elementos necesarios para la auditoría de la misma y por cualquier demora en el pago de mis primas.

.....
FIRMA DEL TITULAR

.....
SELLO Y FIRMA DEL CONTRATANTE

2. EN CASO DE TRATAMIENTOS AMBULATORIOS (SIN HOSPITALIZACIÓN) Para ser llenado íntegramente por el Médico Tratante

DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

¿Qué síntomas y/o signos presenta el paciente?

COMPLETAR EL REVERSO

Tiempo de evolución de la dolencia: Desde cuándo conoce la dolencia el paciente?

Diagnóstico (En letra de imprenta)

Medicamentos indicados

Fecha de consulta (1) (2)

¿ORDENO USTED INTERCONSULTA CON ALGUN ESPECIALISTA? En caso afirmativo indicar: Si No

Nombre del Médico

Especialidad Fecha

Motivo

¿ORDENO USTED EXAMENES COMPLEMENTARIOS? En caso afirmativo indicar: Si No

Requiere el paciente continuar tratamiento: Si No Qué tipo de tratamiento

Observaciones

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Nº REGISTRO

3. PARA CASOS HOSPITALARIOS Deberá ser llenado por el médico tratante

3.1 Antes de la Hospitalización

Diagnóstico Presuntivo

Fecha en que se diagnosticó por primera vez

Fecha de internación Días aproximados de internación

Se practicará Cirugía: Si No Qué tipo

Tratamiento médico previsto

Clinica Médico

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO TRATANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Teléfono NIT. del Médico Nº de Registro

Firma y Sello del Médico

3.2 Informe Final de la Hospitalización Deberá ser llenado por el médico tratante o la clínica

Diagnóstico (En letra de imprenta)

Fecha de Ingreso Fecha de salida (alta) Tratamiento dado

Observaciones:

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO TRATANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Teléfono NIT. del Médico Tratante Nº de Registro del Médico Tratante

Firma y Sello del Médico

ADJUNTAR: Resultados de todo examen realizado durante la hospitalización y detallar cualquier concepto que se facture. Incluir lista de materiales y/o medicinas utilizadas.