



SOLICITUD DE BENEFICIOS

Para evitarles demoras y molestias innecesarias en la atención de su reclamo, favor contestar todas y cada una de las preguntas de este formulario: Cualquier solicitud fraudulenta privará inmediatamente al TRABAJADOR Y/O DEPENDIENTE de los beneficios a que pudiera tener derecho bajo el Contrato

PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR

Por este medio SOLICITO los beneficios a los que tengo derecho, como resultado de los gastos incurridos por mí.....por mi cónyuge.....por mi hijo (a).....

NOMBRES COMPLETOS DEL TRABAJADOR:.....

NOMBRES COMPLETOS DEL PACIENTE:.....

FECHA DE NACIMIENTO:..... ESTUDIA SI NO

CENTRO DE ESTUDIOS..... AÑO QUE CURSO

EN CASO DE ENFERMEDAD

Cuándo comenzó el tratamiento actual?.....

Indique los síntomas de la enfermedad.....

EN CASO DE ACCIDENTE

Fecha de ocurrencia:..... Lugar de ocurrencia:.....

Cómo ocurrió.....

NOMBRE DEL MEDICO CONSULTADO.....

Dirección.....Teléfono.....

ESTUVO ANTERIORMENTE HOSPITALIZADO O EN TRATAMIENTO POR ESTA ENFERMEDAD?

Si es afirmativo:

Nombre del médico o centro hospitalario:

Fecha:

DEL:.....AL.....

Dirección del médico o centro hospitalario:.....Telf:.....

INDIQUE SI USTED O SUS DEPENDIENTESTIENEN OTRO TIPO DE SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA

Nombre de la Aseguradora:.....

Dirección:.....Telf:.....

CERTIFICO que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verídicas y ajustadas a la realidad, y autorizo a todos los doctores y a otras personas que me atendieron, ya todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a la compañía AAUG DEL ECUADOR S.A., cualquier información incluyendo copias exactas y certificadas de sus archivos relacionados con la enfermedad, accidente y/o caso quirúrgico de que trata esta Solicitud.

ACEPTO que la entrega de este formulario y la investigación que éste efectúe, no podrá interpretarse como aceptación de Responsabilidad de la Compañía de Seguros

FECHA: FIRMA DEL TRABAJADOR.....

POR FAVOR NOOLVIDE ADJUNTAR ORIGINALES DE LAS CUENTAS DETALLADAS

PARA SER LLENADO POR EL CONTRATANTE

CONTRATANTE		CONTRATO No.
		CERTIFICADO No.
NOMBRE DEL TITULAR	Fecha de empleo	Fecha de Vigencia

PLAN MEDICO

Fecha.....
 Nombre del Representante
 que llena la solicitud
 Firma y sello

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE

NOMBRE DEL PACIENTE..... SEXO..... EDAD.....

Fecha de la primera consulta..... En hospital:..... Consultorio.....

Nombre del Hospital

Fecha de Ingreso..... Fecha de Alta.....

ATENCION BRINDADA: Ponga una "X" en el o los tipos de atención médica:

HOSPITALIZACION

POR ACCIDENTE: ()

POR ENFERMEDAD NO QUIRURGICA: ()

POR INTERVENCION QUIRURGICA: ()

POR MATERNIDAD: ()

OTROS: ()

AMBULATORIO

POR ENFERMEDAD: ()

POR ACCIDENTE: ()

POR INTERVENCION QUIRURGICA ()

POR MATERNIDAD: ()

OTROS: ()

DETALLE DE CONSULTAS AMBULATORIAS

No. DE CONSULTAS.....

FECHA	VALOR
.....
.....
.....
.....

DIAGNOSTICO COMPLETO.....

TRATAMIENTO EFECTUADO.....

DETALLE LOS EXAMENES SOLICITADOS.....

En su opinión puede tratarse de una enfermedad profesional o accidente de trabajo?.....

En su opinión cuando se generó la causa básica de la enfermedad?.....

En su opinión se trata de una enfermedad congénita?.....

Ordenó interconsultas con otros profesionales?.....

En su opinión el paciente ha recuperado la salud o requiere continuar el tratamiento?.....
.....

HONORARIOS DEL MEDICO TRATANTE (Excluya anestesista y ayudantes)

Por hospitalización: \$..... Por total de consultas ambulatorias: \$.....

Nombre:..... Dirección:..... Telf:.....

..... Fecha

FIRMA Y SELLO MEDICO

FAVOR ADJUNTAR RESULTADOS DE EXAMENES