nuestra esencia es humana

Alcance de Autorización de Créditos

Afiliado con diagnóstico crónico

Ciudad: _____ Fecha: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

Solicitud de reembolso: AMB. ☐ HOSP. ☐ Alcance de Crédito número: ☐

Número de contrato: ☐☐☐☐☐☐ — ☐ Bróker: _____

Número de Tránsito: ☐

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante principal empresa: _____ R.U.C.: _____

Titular: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ Parentesco : _____ Edad: _____

Dirección actual: _____ Telf.: _____

E-mail: _____ ¿Tiene otro plan de asistencia médica?: Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?: _____

Plan Humana: _____ Inicio de vigencia Humana: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

Cuenta restitución: Inst. emisora: _____ Ahorros ☐ Corriente ☐ T/C ☐ Cta. No.: _____

Diagnóstico definitivo: CIE 10 ☐☐☐☐☐☐☐☐ _____

2. PACIENTE / TITULAR

Firmo la presente autorización de crédito, confirmando que todas las declaraciones dadas son verídicas y reales, así mismo autorizo para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

PACIENTE: Si es menor de edad firma el titular
C.I.: _____

FIRMA DEL TITULAR
C.I.: _____