

1. INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO	
Nombre completo del asegurado:	Número de póliza:
Dirección:	Ciudad:
Teléfono:	Correo electrónico:
Fecha de nacimiento:	Edad:
Descripción del accidente (detalle fecha, hora, lugar y cómo ocurrió):	
¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? Sí No	
En caso afirmativo, indique:	
Nombre de clínica u hospital:	
Fecha de ingreso:	Fecha de alta:

2. INFORMACIÓN DEL MÉDICO
Diagnóstico(s) definitivo(s):
Código de diagnóstico (CIE 10):
Favor indicar la enfermedad actual, antecedentes patológicos personales – quirúrgicos y hallazgos físicos que sustenten el diagnóstico/s descrito/s:
Lugar de atención:
Solo emergencia:
Hospitalización clínica:
Hospitalización quirúrgica:
Favor detallar tratamiento o procedimiento quirúrgico:
Si durante el tratamiento se presentó alguna complicación, favor describala:

En caso en que el paciente requiera atención ambulatoria bajo el diagnóstico descrito, favor señale:	
Consulta de especialidad	Fisioterapia
Medicación	Laboratorio
Estudios de imagen	Interconsulta con otra especialidad (especifique):
DATOS DEL MÉDICO:	
Nombre del Médico:	Cédula del Médico:
Dirección:	Teléfono:
Fecha:	
Firma del Médico:	Sello del Médico:
TÉRMINOS Y CONDICIONES:	
Seguros Alianza recalca que una vez que la asegurada entregue toda la documentación e información solicitada podrá continuar con el trámite, ya que en ese momento se iniciaría el plazo de treinta días para la atención conforme lo dispone el artículo 42 de la Ley General de Seguros.	

Nota: Favor adjuntar facturas originales, recetas médicas, pedidos y demás documentos que respalden la reclamación.

Ciudad y fecha:
Firma del paciente o afiliado Nº de cédula: