

Alcance al tránsito número:

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Empresa Contratante: \_\_\_\_\_

Selecciona el Contrato donde se aplicará este reembolso: Corporativo  Individual  Empresarial  Renacer  Proteger

Titular: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

(Apellidos y nombres)

Teléfono Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

(Apellidos y nombres)

Diagnóstico definitivo: **CIE 10**   
**CIE 10**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR

Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar toda la información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.

**FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS)**

NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.

**FIRMA DEL TITULAR**

Fecha: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el registro N° 53356 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00007979-O, de 01 de marzo de 2021.

HUM-ALC-SRE-V2