

DECLARACION DE SINIESTRO Y/O REEMBOLSO DE SALUD

I. DATOS DE LA POLIZA				
Contratante:	Póliza Número:	Certificado N°:	Fecha de Declaración: / /	
II. DATOS DEL ASEGURADO				
Apellidos y Nombres:			Cédula:	
Dirección de Residencia:				
Teléfono:	Celular:	Dirección de E-mail:		
III. DATOS DEL RECLAMANTE				
Apellidos y Nombres:			Cédula:	
Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo:	Relación con el asegurado principal:	
El Reclamante tiene otro seguro de salud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compañía de Seguros:				
IV. INFORMACION PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO				
1. Código de Diagnóstico (ICD):		Diagnóstico:		
2. Se trata de embarazo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		FUM: / /	3. Fecha Inicio Enfermedad: / /	Fecha Inicio de Síntomas: / /
4. Fecha en que por primera vez usted fue consultado por esta condición: / /		5. Favor indicar nombre del Médico el cual refirió al paciente:		
6. Que otros diagnósticos presenta el paciente además del indicado en el punto 1? Favor detalle:				
7. Ha recibido el asegurado tratamiento previo por esta condición o relacionada a esta? Favor detalle:				
8. Favor indicar el cuadro clínico y hallazgos que apoyen el diagnóstico indicado en el punto 1.				
9. Favor detallar tratamiento u operación:				
10. Si es por accidente favor indicar:				
Fecha:	Hora:	Lugar:	Descripción del accidente:	
11. Favor detallar descripción completa de servicios:				
Código de ICD	Código de CPT	Fecha de Atención	Descripción de Procedimientos	Honorarios

Firma y Sello del Médico

Fecha

Por este medio, yo, el Asegurado, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo, de manera irrevocable y por razón de este reclamo, a todos los médicos tratantes, clínicas, hospitales públicos y privados, centros y servicios de salud públicos y privados, incluyendo la Caja del Seguro Social y el Hospital Santo Tomás, que (nos) han atendido clínicamente para dar información, incluyendo la documentación médica correspondiente que guarde relación con estas enfermedades o tratamientos médicos, acerca de mis (nuestras) enfermedades pasadas, presente o que pueda o podamos padecer, estados físicos e historia clínica a La Floresta de Seguros y Vida, S.A., a través de sus representantes y / o personal autorizado y a la vez mediante este acto los relevo a Ustedes de guardar el secreto médico, autorización y declaración que realizo con fundamento los Artículos 8 y 13, en relación con los Artículos 7 y 51 de la Ley #68 de 20 de noviembre de 2003.

Firma del Asegurado

Fecha

