

## RECLAMO SISAZUL

Reclamo No. \_\_\_\_\_ Monto del Reclamo: USD \$ \_\_\_\_\_  
Póliza No.: \_\_\_\_\_  
Certificado No. \_\_\_\_\_

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

### 1) DATOS GENERALES

POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

Nombre del afiliado (Empleado) \_\_\_\_\_

Nombre del afectado: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

### 2) DATOS DEL SINIESTRO EN CASO DE ENFERMEDAD

Enfermedad que lo afecta: \_\_\_\_\_

¿Cuándo manifestó los primeros síntomas la enfermedad? \_\_\_\_\_

### 3) DATOS DEL SINIESTRO EN CASO DE ACCIDENTE

Lugar del accidente \_\_\_\_\_

Hora día y fecha: \_\_\_\_\_

Actividad que ejercía: \_\_\_\_\_

Cómo ocurrió: \_\_\_\_\_

Lesiones personales sufridas: \_\_\_\_\_

### 4) DATOS SOBRE ASISTENCIA MÉDICA

¿Qué médico lo atendió? \_\_\_\_\_

¿Fue hospitalizado? \_\_\_\_\_ ¿Clínica u hospital? \_\_\_\_\_

¿Quién ordenó la hospitalización? \_\_\_\_\_

¿Objeto de la hospitalización? \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso al hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Cirujano principal que intervino: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Diga los nombres de los médicos consultados en el año inmediato anterior a la enfermedad y objeto de la consulta:

Nombre del médico	Objeto de la consulta	Fecha	Dirección

Otros seguros: \_\_\_\_\_

Importe de las reclamaciones anteriores: \_\_\_\_\_

## 5) AUTORIZACIÓN

Por este medio autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que me han atendido en la recuperación de mi salud o la de mis familiares para que suministren a "SISA VIDA S.A SEGUROS Y PERSONAS" las informaciones que ésta requiera, relevándolos de toda prohibición que exista sobre la revelación de los datos contenidos en sus registros respecto a mi persona o la de mis familiares. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Documento de indentificación y No. \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_

ADJUNTE FACTURAS ORIGINALES DE LOS GASTOS DE HOSPITAL FARMACIA Y DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANO, ANESTESISTA, TERAPIA, RADÍOLOGO, LABORATORISTA, ETC.)

## INFORME MÉDICO

Accidente:  Enfermedad:

POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA APLICABLE DETALLADAMENTE

- 1) Nombre: \_\_\_\_\_
- 2) Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
- 3) Diagnóstico de enfermedad: \_\_\_\_\_
- 4) Según el paciente, fecha de los primeros síntomas: \_\_\_\_\_
- 5) En su opinión, ¿qué tiempo de evolución tiene la enfermedad: \_\_\_\_\_
- 6) Si usted sabe que el paciente consultó con otros médicos por la misma causa, escriba el nombre y fecha: \_\_\_\_\_
- 7) Descripción completa del padecimiento o de las lesiones: \_\_\_\_\_
- 8) Si el paciente padece otra enfermedad asociada o independiente, detalle aquí: \_\_\_\_\_
- 9) a) Número de días que asistió al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera consulta: \_\_\_\_\_  
b) ¿Cuántas veces vio al paciente en su clínica: \_\_\_\_\_ A domicilio: \_\_\_\_\_  
c) Hospitalizado en: \_\_\_\_\_
- Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_
- 10) El tratamiento consistió en: (Detalle medicamentos, análisis, Rx, etc.) \_\_\_\_\_
- 11) Intervención quirúrgica practicada: \_\_\_\_\_
- 12) ¿Fecha en que el paciente estará curado: \_\_\_\_\_
- 13) ¿Quedarán impedimento o secuela? \_\_\_\_\_
- 14) En caso de accidente o hecho violento, indique: hora: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_  
Lugar: \_\_\_\_\_ ¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_
- 15) Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## DATOS DEL MÉDICO

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Telefonos: \_\_\_\_\_ (Sello) No.JVPM \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_