

## FORMULARIO DE RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS

<b>CANTIDAD DE FACTURAS ANEXAS</b> <input type="text"/>	<b>TOTAL DE GASTOS PRESENTADOS</b> \$ <input type="text"/>	
¿Es continuación de reclamo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nº de reclamo: <input type="text"/>	Nº de precertificación: <input type="text"/>

INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre del contratante de la póliza:		Nombre del paciente (si es diferente al contratante de la póliza):	
Nombre del titular:		Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>	
Nº de póliza:	Nº de certificado:	Fecha de nacimiento:	NIT:
Celular:	DUI:	Correo electrónico:	
Dirección:			

En el caso de un accidente, responda estas preguntas:

Lugar del accidente:	Fecha y hora:
¿Qué actividad hacía?:	¿Cómo ocurrió?:
Lesiones sufridas:	

### AUTORIZACIONES ESPECIALES.

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 provean a SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, la información que esta requiera; esta incluye copias exactas de mis archivos, exámenes de laboratorio, exámenes especiales y cualquier otra información que se necesite para la evaluación de este reclamo, librándolos de toda responsabilidad que pueda derivarse al suministrar la información médica respecto a mi persona o la de mis familiares, quedando entendido que la compañía de seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los documentos e información necesarios para su completa satisfacción y si existiese falsedad en la información que he brindado la compañía no está obligada a pagar ningún reclamo.

Autorizo a SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, a que proceda al envío de cualquier tipo de comunicación relacionada a éste reclamo a través del correo electrónico que designé en el presente formulario. Los seguros de personas son emitidos por SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, filial de SISA Seguros e Inversiones, S.A.

Lugar y fecha:	<input type="text"/>
Agente:	<input type="text"/>

**Por favor adjunte a este formulario las facturas originales Duplicado-Cliente de todos los servicios recibidos y medicamentos comprados, junto con el detalle de servicios hospitalarios y/o médicos.**

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

**INFORME DEL MÉDICO TRATANTE:** llene detalladamente con la información solicitada, por favor.

Nombre del Paciente:		Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Enfermedad <input type="checkbox"/>	¿Es por padecimiento continuo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de los 1° síntomas:	
Accidente <input type="checkbox"/>	Fecha y hora de ocurrencia:	Fecha de la 1° consulta:	
Diagnóstico:			
Consulta en: Clínica <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/>		Fecha del próximo control:	

**En el caso de un accidente,** explique cómo ocurrió:

**En el caso de una enfermedad,** explique otra enfermedad asociada o independiente:

Tratamiento (exámenes, medicamentos):

<b>En el caso de hospitalización:</b>	N° de visitas hospitalarias:	Fecha:
---------------------------------------	------------------------------	--------

**En el caso de una cirugía:** fecha y nombre del procedimiento:

Nombre de los médicos que Intervinieron en el caso	Especialidad:	Servicio brindado:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Observaciones adicionales:

**PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE**

Nombre:	N° de JVPM:	Firma y sello del médico
Teléfono:	Fecha:	
Correo electrónico:		