

## FORMULARIO PARA EL REPORTE DE SINIESTROS

### Datos del Asegurado

Nombre del Contratante	Número de Póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre de la Empresa / Escuela / Equipo al que pertenece el Reclamante
<input type="text"/>

Nombre del Reclamante	
Nombre	Apellidos
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de Nacimiento			Edad	Cédula	Sexo	País o Lugar de Atención
Día	Mes	Año			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

El Reclamo se hace a causa de
Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>

¿Tiene otras pólizas que cubra estos gastos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cía. Seguros <input type="text"/>	No. Póliza <input type="text"/>
--	---	-----------------------------------	---------------------------------

Reclamo a causa de enfermedad, describa la enfermedad	Fecha de Primeros Síntomas
<input type="text"/>	Día      Mes      Año
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Reclamo a causa de Accidente, Describa el accidente	Fecha de Primeros Síntomas
<input type="text"/>	Día      Mes      Año
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

¿Ha recibido anteriormente tratamiento o incapacidad por esta enfermedad u otras enfermedades relacionadas con esta?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de Primeros Síntomas
Nombre del primer médico consultado y en que Centro Médico		Día      Mes      Año
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguro y otras Compañías de Seguro que posean información, archivos clínicos, cuadrículas medica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación completa a Óptima Compañía de Seguros, igualmente autorizo a Óptima Compañía de Seguros y a cualquier persona que tenga calidad de corredor de seguros o tenedor de póliza para el manejo de la información que reposa en el presente formulario.

Firma del Asegurado y/o Representante	Fecha	Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Declaración del Médico

Nombre del Paciente				Fecha de nacimiento			Edad
1er. Nombre	2do. Nombre	Apellido	Apellido Casada	Día	Mes	Año	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Diagnóstico	
-------------	--

¿Cuándo iniciaron los síntomas de esta condición?	Día	Mes	Año
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Exámenes de laboratorio o rayos X que se ordenaron

Favor detallar tratamiento u operación

¿Cuánto tiempo el paciente estuvo o estará incapacitado?, ¿Se requiere hospitalización?

Código Procedimiento	Descripción	Fecha de atención	Costo	Lugar

Observaciones

Certifico que soy el médico que atendió al paciente y que las declaraciones hechas por mi corresponden a los servicios que he prestado.

Firma del Médico		Nombre y Sello	
------------------	--	----------------	--