



OCEÁNICA  
DE SEGUROS

# Declaración de Siniestros Salud

Nº de Siniestro: \_\_\_\_\_

- ✓ Favor llenar con letra clara preferiblemente "molde"; puede ser diligenciada en maquina de escribir o impresión digital.
- ✓ Es requisito indispensable adjuntar todo original de comprobante de pago. (En caso de Requerir la devolución de los mismos, favor anexar copias)
- ✓ En caso de Accidente, anexar Carta Narrativa elaborada por el asegurado de como ocurrió, Informe de autoridades competentes si lo amerita y estudios radiológicos en caso de fractura.

## 1.- Datos del Siniestro

Apellidos y Nombres del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: V: ___ E: ___	Fecha de Ocurrencia:	Fecha de Declaración:	Teléfono para ubicación:
------------------------------------	----------------------	-----------------------	--------------------------

Tipo de Póliza: Individual ___ Colectivo ___	Ciudad y Estado de Ocurrencia del Siniestro:	Lugar / Fecha / Hora exacta del Sntro:
Nombre Colectivo: _____		

## 2.- Datos del Asegurado Siniestrado

Apellidos y Nombres del Beneficiario: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: V: ___ E: ___	Fecha de Nacimiento:	Parentesco con el Titular:	Sexo:	Estado Civil:
	/ /		M: ___ F: ___	S: ___ C: ___ V: ___ D: ___

Dirección:	Teléfono para ubicación:
------------	--------------------------

## Autorización del Asegurado

Autorizo sin reserva al médico que me haya atendido y a la institución , proporcionar a la Compañía de Seguros la Información que mas adelante se especifica o cualquier otra que solicite la compañía de Seguros con relación a esta reclamación.

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## 3.- Para ser llenado y firmado únicamente por el médico tratante

Apellidos y Nombres del Médico: \_\_\_\_\_

Nº M.S.A.S.: \_\_\_\_\_ Nº C.M.: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Institución Hospitalaria: \_\_\_\_\_ Nº de Historia Médica: \_\_\_\_\_

Motivo de la Hospitalización: Enfermedad: \_\_\_ Maternidad \_\_\_ Accidente \_\_\_ Amb \_\_\_ Fecha Ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 3.1 Maternidad

Fecha del Evento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Parto Normal \_\_\_ Fórceps \_\_\_ Cesárea \_\_\_ Curetaje \_\_\_

### 3.2 Enfermedad o Lesión

¿ La Enfermedad tratada actualmente es consecuencia de una anterior ? Si \_\_\_ No \_\_\_ Desde Que Fecha? : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de la primera consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento o Intervención Qr: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del médico que lo refiere: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del Médico: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

## 4.0 Información adicional

Indique por favor los siguientes datos de información financiera para depositos o transferencias de reembolsos a Titulares:

Banco: \_\_\_\_\_ Numero de cuenta: \_\_\_\_\_ Tipo Cuenta: \_\_\_\_\_