

SINIESTRO N° \_\_\_\_\_ TIPO: NUEVO  ALCANCE

FIN.06.04.FO.02

## DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

<b>NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR</b>		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>		CÉDULA DE IDENTIDAD
		SOLTERO <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	
		CASADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	
GERENCIA	CIUDAD DE TRABAJO	ROL	EMAIL	
<b>NOMBRE DEL ASEGURADO SINIESTRADO</b>		EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	
			DÍA _____ MES _____ AÑO _____	
PARENTESCO CON EL TITULAR	DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD			

AUTORIZO a que el Departamento de Seguros solicite según su criterio, información médica adicional y cualquier otro tipo de información que considere necesaria.

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

## CONVENIO HOSPITALARIO

<b>AUTORIZACIÓN No</b>
GERENCIA
CENTRO DE SALUD
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE SEGUROS
NOMBRE DEL AUDITOR MÉDICO

## INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	No de Registro
DIRECCIÓN	Teléfono
NOMBRE DEL PACIENTE	
DIAGNÓSTICO O NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN	
-----	
PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS PROPORCIONADOS	
-----	

Certifico que toda la información aquí proporcionada, es completa, verídica y correcta

\_\_\_\_\_  
CIUDAD Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO