

## 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"/>				

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

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
------------------	----------------

El(la) suscrito(a) entiende, acepta, autoriza y otorga su consentimiento a OPTIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., al Grupo Económico al que pertenece, sus socios estratégicos o de negocio, para que accedan, utilicen, compartan, manejen, traten y/o custodien los datos personales, cuando sea requerido, con fines y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y de servicios financieros, lo cual incluye, la comercialización, colocación, negociación y contratación de sus productos, así como también las gestiones operativas relacionadas, tales como, pero no limitadas a temas de cobranzas, renovaciones, manejo de reclamaciones, entre otras, manteniendo siempre la confidencialidad de la información, en concordancia a lo dispuesto en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019, Ley 12 de 3 de abril de 2012 y demás disposiciones relacionadas.