

CI TITULAR: _____ APELLIDOS Y NOMBRES DEL TITULAR: _____

FECHA DE OCURRENCIA: _____ FECHA DE DECLARACIÓN: _____ TELEFONO: _____

SI PERTENECE A UNA POLIZA COLECTIVA INDIQUE LA EMPRESA CONTRATANTE: _____

ESTADO DONDE OCURRIO EL SINIESTRO: _____ CIUDAD DONDE OCURRIO EL SINIESTRO: _____

LUGAR DE OCURRENCIA: _____ FECHA Y HORA: _____

2. AFILIADO AFECTADO

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ CI: _____ PARENTESCO: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

3. EN CASO DE ACCIDENTE

ANEXAR DECLARACIÓN Y NARRATIVA DEL HECHO, RADIOGRAFIAS PRE-OPERATORIAS Y POST-OPERATORIAS SI LAS HUBO

3. PARA SER LLENADO Y FIRMADO UNICAMENTE POR EL MEDICO TRATANTE

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO: _____ M.S.A.S _____ N° C.M. _____

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: _____ TELEFONO: _____

HISTORIA MEDICA: _____ MOTIVO DE LA ASISTENCIA MEDICA: _____ FECHA: _____

4. MATERNIDAD

FECHA DEL EVENTO _____ PARTO NORMAL FÓRCEPS CESAREA CURETAJE GEMELAR

5. ENFERMEDAD O LESION

¿LA ENFERMEDAD TRATADA ACTUALMENTE ES CONSECUENCIA DE UNA ANTERIOR? SI NO DESDE QUE FECHA LA PADECE: _____ FECHA DE LA 1RA CONSULTA: _____ TIEMPO DE EVOLUCION: _____

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE LO REFIRIO: _____ ESPECIALIDAD: _____

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD O LESIONES: _____

TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EFECTUADA: _____

TIPO DE CIRUGÍA: _____ FECHA: _____ HORA: _____ DURACIÓN: _____

FIRMA DEL AFILIADO	FIRMA DEL MEDICO TRATANTE	FIRMA DE LA CLINICA U HOSPITAL
--------------------	---------------------------	--------------------------------

6. PARA SER LLENADO POR LA CLINICA U HOSPITAL (DECLARACIÓN DEL DIRECTOR O ADMINISTRADOR)

YO, _____ PERSONA AUTORIZADA COMO DIRECTOR O ADMINISTRADOR DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DENOMINADA _____ RIF N° _____ Y CODIGO DE _____ HAGO CONSTAR QUE LOS GASTOS QUE SE DETALLAN EN LA FACTURA N° _____ SON EXACTAMENTE LOS QUE INCURRIO EN ESTE CENTRO EL PACIENTE CON MOTIVO DE SU TRATAMIENTO POR DECLARADO EN LA PRESENTE.

5. PARA SER LLENADO POR HUMANITAS

CODIGO Y SUCURSAL DEL RECLAMO: _____ CODIGO Y DESCRIPCIÓN DEL RAMO: _____

PLAN (S): _____ CERTIFICADO (S) / RECIBO (S): _____

CODIGO: _____ NOMBRE DEL ASESOR : _____ TELEFONO: _____