

## DECLARACIÓN DE SINIESTRO

### ASEGURADO

Titular: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Facultad/Dependencia: \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIO

Nombre: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

Certifico que las informaciones que anteceden son verdaderas, completas y exactas. Autorizo a todos los médicos, personas afines e instituciones hospitalarias para que suministren a SANJOI cuanta información necesite, incluyendo copias exactas de sus archivos que se relacionen con los servicios prestados.

En \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma Asegurado \_\_\_\_\_

### PARA SER LLENADA Y FIRMADA POR EL MEDICO INTERVENOTOR

Yo, Dr.(a) \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ MSAS \_\_\_\_\_ Colegio Médico \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ Institución, hospital y/o clínica \_\_\_\_\_ Titular \_\_\_\_\_ Cortesía \_\_\_\_\_

Nombre Paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso: Emergencia  Electiva

Fecha/hora Ingreso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_:\_\_\_\_ Fecha/Hora Egreso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_:\_\_\_\_

### HOSPITALIZACIÓN

Motivos: Enfermedad  Maternidad  Accidente

Duró la hospitalización más de lo habitual: Si  No  En caso afirmativo, Explique: \_\_\_\_\_

### ENFERMEDAD O INTERVENCIÓN

Descripción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Maternidad: \_\_\_\_\_

Fecha del parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parto Normal:  Cesárea  Fórceps  Vacuam  Múltiple  Sexo: M  F

### ACCIDENTE

Descripción y lesiones: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cirugía: Mayor  Menor  Anestesia: General  Local  Raquídea  Tratamiento Médico

Anatomía patológica: Si  No  Resultado: \_\_\_\_\_

Honorarios médicos según factura que se acompañan Bs. \_\_\_\_\_ (Bs. \_\_\_\_\_)

Lugar \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Firma Médico Tratante y sello

### DECLARACIONES DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Yo, \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ en mi condición de representante autorizado de \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ declaro que el paciente \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ ha estado hospitalizado(a) en esta institución desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Y ha sido anotado(a) en el registro por el artículo N° 6 del reglamento de clínicas con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Los gastos en que incurrió según factura y comprobantes anexos N° \_\_\_\_\_ fueron de Bolívares \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bs. ( \_\_\_\_\_ )

Firmada en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma Autorizada y sello