



**La Oriental  
de Seguros, C.A.**

Inscrita en al Superintendencia de Seguros Bajo el N° 78

R.I.F. J. 080039688 N.IT. 0005662176

Capital Suscrito: Bs. 2.700.000.000

Capital Pagado: Bs.2.700.000.000

Venezuela

**DECLARACION DE RECLAMOS  
HOSPITALIZACION, CIRUGIA Y  
MATERNIDAD**

**Instrucciones**

El siguiente formulario debe ser llenado completamente, en forma clara, exacta y en cada una de sus partes por las personas que se indican. Todo original de las facturas, recibos y resultados de los exámenes practicados deben ser anexados al mismo, y remitidos a la Compañía en un plazo no mayor de los quince (15) días siguientes del egreso de la institución hospitalaria, o de haber recibido el servicio objeto de la reclamación. En caso de requerir la devolución de las facturas originales, favor anexar las fotocopias.

**Datos a ser Suministrados por el Asegurado**

Nombres y Apellidos:	Cédula de Identidad:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
----------------------	----------------------	----------------------	-------

Sexo: M ( ) F ( )	Nro. Póliza:	Dirección:	Teléfono:
----------------------	--------------	------------	-----------

¿Tiene Ud. otro Seguro de Salud o de Accidentes Personales? Si ( ) No ( )	Nombre de La Compañía de Seguros:	Nro. Póliza:
--	-----------------------------------	--------------

Indique su enfermedad o accidente y la fecha en que ocurrieron los primeros síntomas:

Nombre y dirección del doctor, personal o familiar (Pediatra, Ginecólogo, etc. ):

Si Ud. está bajo tratamiento o tomando algún medicamento, favor indique el nombre de éste, dosis, así como el nombre y la dirección del doctor que lo recetó: \_\_\_\_\_

Favor indique el nombre y dirección del o los médicos que lo han tratado o a quien Ud. ha sido referido por el diagnóstico o tratamiento anteriormente señalado: \_\_\_\_\_

¿Ha sido Ud. tratado con anterioridad por esta condición? Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre y dirección del doctor o institución médica que lo trató: \_\_\_\_\_

Resuma en este espacio cualquier padecimiento o enfermedad que haya necesitado tratamiento médico en los últimos tres (3) años. Indique nombre y dirección del doctor: \_\_\_\_\_

Yo, declaro que todos los datos escritos en esta planilla son verídicos, y autorizo a **LA ORIENTAL DE SEGUROS, C.A.**, a obtener información de cualquier médico, clínica, hospital, institución, farmacéutico, empresa o compañía de seguros que posea conocimientos en lo que a mí o a mi familia respecta, necesarias para que este reclamo, como se requiere, sea procesado según los beneficios, que pueden ser pagables a mí o a mis beneficiarios inscritos. Copia fotostática de esta autorización se debe considerar válida como la original.

Firma del Asegurado (Titular): \_\_\_\_\_

Fecha:..... Firma del Beneficiario: \_\_\_\_\_

Información del Médico Tratante			
Nombre del paciente:		Fecha de Nacimiento:	Edad: Sexo: M ( ) F ( )
Fecha de la primera consulta:	Institución Hospitalaria:		Teléfono:
Motivo de la Hospitalización: ( ) Enfermedad ( ) Cirugía ( ) Accidente			
Indique la fecha en la cual el paciente lo consultó por primera vez por esta condición: _____			
Indique la fecha en que ocurrieron los primeros síntomas o accidente: _____			
Medicamentos recetados por Ud. por el padecimiento actual: _____			
Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o accidente ( descripción ): _____			
Indique en que fecha aparecieron los primeros síntomas Subjetivos y Objetivos de esta enfermedad: _____			
Tratamiento efectuado: _____			
¿Necesitará la condición actual tratamientos futuros?. Explique: _____			
Medicamentos recetados al paciente anteriormente. Indique el nombre del medicamento y dosis ¿Ha sido el paciente diagnosticado, tratado o medicado por la misma condición anteriormente? Si es así, favor indicar las fechas, clase de tratamiento, medicamentos, nombre del médico o institución médica: _____			
¿En su opinión profesional; la enfermedad y/o cirugía fue consecuencia directa de una enfermedad que tenía antes de ésta? En caso afirmativo, indique cuál y desde qué fecha la padece: _____			
En caso de reclamación por Maternidad, indique la fecha del alumbramiento y F.U.R.: _____			
Parto Normal o Forceps: ( ) Cesárea: ( ) Aborto: ( )			
Firma del Médico:	Número de Licencia M.S.A.S:	Télf.:	Fecha:
Información de la Institución que ha prestado los servicios			
Fecha de Ingreso:	Fecha de Alta:	Costo de los Servicios:	
Total Gastos Clínicos: ( _____ )	Medicinas:..... ( _____ ) Material Médico/Quirúrgico:....( _____ )		
Total Honorarios: ( _____ )	Médico Principal:..... ( _____ ) Médico Ayudante:..... ( _____ ) Médico Ayudante:..... ( _____ ) Anestesiólogo:.....( _____ )		
Nombre y Dirección del Suministrador de Servicios: _____			