

**Para ser completada por el Reclamante**

(Favor llenar en letra de molde o a máquina)

Apellidos y Nombres del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_

Fecha de Empleo: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Parentesco:  Cónyuge  Hijo  Otros Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Indole de la dolencia: \_\_\_\_\_

La dolencia se debe a:  Lesión  Enfermedad

En caso de lesión, ¿Cómo ocurrió?: \_\_\_\_\_

En caso de enfermedad, ¿Cuándo comenzó?: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del primer Médico consultado: \_\_\_\_\_

¿Estuvo Hospitalizado anteriormente por esa dolencia?:  Sí  No En caso afirmativo, indique nombre del hospital o clínica: \_\_\_\_\_

Médico que lo atendió: \_\_\_\_\_

Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_

En caso de Maternidad, ¿Desea incluir al recién nacido bajo la cobertura de su Certificado?

Sí  No En caso afirmativo, indique Nombre: \_\_\_\_\_

Certifico por este medio, que las preguntas que anteceden y respondidas por mí, son verdaderas a mi leal saber y entender. Por lo que autorizo a **Royal & SunAlliance Seguros (Venezuela), S.A.**, a solicitar ante los médicos y otras personas y todas las Clínicas o instituciones que atendieron el caso, cualquier información o documento para la indemnización de los gastos por mí presentados (incluyendo copia de Historia Médica). Asimismo, autorizo a efectuar cualquier reconocimiento médico que a juicio del Departamento Médico de **Royal & SunAlliance Seguros (Venezuela), S.A.** sea necesario para evaluar el reclamo presentado.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_

**Para ser completada por el Patrono**

(Favor llenar en letra de molde o a máquina)

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha de Empleo: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_

Certificado N°: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente (Si corresponde): \_\_\_\_\_

¿Se debe esta dolencia a lesión contraída de o durante el Empleo?:  Sí  No

¿Se han reclamado beneficios de Responsabilidad Patronal?:  Sí  No

Firma y Sello Autorizado del Contratante

**Para ser completada por el Médico Tratante**

(Favor llenar en letra de molde o a máquina)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Indique si la Intervención fue:  Hospitalización  Ambulatorio

La Hospitalización fue con fines:  Tratamiento Médico  Diagnóstico  Maternidad  Cirugía

Especifique su Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Indicar exámenes complementarios para confirmar o llegar a su diagnóstico: \_\_\_\_\_

Si se practicó Cirugía, describa la intervención: \_\_\_\_\_

Lugar dónde se efectuó la intervención: \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron sus honorarios?: \_\_\_\_\_

Indique todas las fechas en que atendió al paciente: \_\_\_\_\_

Total Visitas: \_\_\_\_\_ c/u Bs.: \_\_\_\_\_

En caso de Hospitalización indique, fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ fecha de egreso: \_\_\_\_\_

Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de esta condición?: \_\_\_\_\_

Según su opinión, ¿ha estado el paciente hospitalizado por esta dolencia o por cualquier otra dolencia debida a la causa o a causas relacionadas?: \_\_\_\_\_

Informe detallado del Médico tratante:

Según su opinión, ¿se encuentra la Paciente en estado de Gravidéz?  Sí  No En caso afirmativo, indique Semanas de Gestación:

Yo,

Cédula de Identidad N° Médico Legal en ejercicio de mi profesión, según consta el M.S.A.S. con el N°

Doy fe y juro que las preguntas que anteceden y respuestas dadas por mí, son de la más estricta confiabilidad, por lo que autorizo a **Royal & SunAlliance Seguros (Venezuela), S.A.** o a su representante autorizado a ejercer sus atribuciones en relación a los gastos presentados por este paciente.

Fecha:

Firma y Sello del Médico: