



# Seguros Avila C.A.

FUNDADA EN EL AÑO 1931  
INSCRITA EN EL MINISTERIO DE FOMENTO BAJO EL N° 1

JESUITAS A TIENDA HONDA  
EDIFICIO SEGUROS AVILA  
TELÉFONO MASTER: 805.01.11 505.04.00  
FAX 1021 81.03.36  
APARTADO 1.007 / CARACAS 101 VENEZUELA

## PLANILLA PARA LA PRESENTACION DE UN RECLAMO

INSTRUCCIONES PARA LA ACEPTACION DE LA PRESENTE PLANILLA ES NECESARIO QUE ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE, MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA OPCION DESEADA, Y NO DEJE NINGUN ESPACIO EN BLANCO.

### IMPORTANTE

ES REQUISITO INDISPENSABLE PARA PROCESAR EL RECLAMO, ANEXAR A LA PRESENTE PLANILLA FOTOCOPIAS DE TODOS LOS RECAUDOS, ES DECIR, FACTURAS, RECIPES, INFORMES, ETC., E IGUALMENTE DEBERAN ESTAR FIRMADAS PARA SU DEBIDA VALIDEZ. LLENAR PREFERIBLEMENTE A MAQUINA O EN SU DEFECTO EN LETRA DE MOLDE.

### PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO

TIPO DE POLIZA: <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COLECTIVO		NRO. DE POLIZA:	NRO. DE CERTIFICADO:	NOMBRE DEL CONTRATANTE O TITULAR:	
APELLIDOS Y NOMBRES:			CEDULA DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	FECHA DE NACIMIENTO: / /	PARENTESCO: SI NO ES TITULAR
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PESO:	ESTATURA:	NRO. DE HIJOS:	PROFESION U OCUPACION:	TELEFONO:

### PARA SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE

APELLIDOS Y NOMBRES:		ESPECIALIDAD:	TELEFONO:
COODIGO DEL COLEGIO MEDICO:	CLINICA DONDE ATIENDE CONSULTA:	CLINICA DONDE EFECTUA HOSPITALIZACION:	
MOTIVO DE ATENCION MEDICA: <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> MATERNIDAD		DIAGNOSTICO DE INGRESO:	
PRIMERA CONSULTA REFERENTE AL CASO: FECHA: DIA MES AÑO		MOTIVO:	
TIEMPO APROXIMADO DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD			N° DIAS N° MESES N° AÑOS

¿HA SIDO EL ASEGURADO SU PACIENTE EN OTRAS OPORTUNIDADES? SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO APORTE DETALLES Y PUNTOS RELEVANTES DE SU HISTORIA MEDICA:

A SU JUICIO LA ENFERMEDAD PUEDE HABER SIDO ORIGINADA A CAUSA DE:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1.- PATOLOGIA CRONICA <input type="checkbox"/>       | 4.- CORRECCION DEFECTO CONGENITO <input type="checkbox"/> | 7.- CIRUGIA RECONSTRUCTIVA <input type="checkbox"/> |
| 2.- PATOLOGIA AGUDA <input type="checkbox"/>         | 5.- CORRECCION DEFECTO ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> | 8.- CIRUGIA COSMETICA <input type="checkbox"/>      |
| 3.- EXPLORACION DIAGNOSTICA <input type="checkbox"/> | 6.- ESTERILIZACION QUIRURGICA <input type="checkbox"/>    | 9.- INTENTO DE SUICIDIO <input type="checkbox"/>    |

SI SE TRATA DE SECUELA DE ACCIDENTE, INDIQUE FECHA DEL MISMO: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

¿SE TRATA DE SEQUELAS O CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD PADECIDA CON ANTERIORIDAD? SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUAL ERA Y FECHA EN QUE PADECIA. DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

TIEMPO DE HOSPITALIZACION CON O SIN INTERVENCION:

TIEMPO ESTIMADO PARA REINCORPORARSE EL PACIENTE A SUS LABORES:

EN CASO DE MATERNIDAD INDIQUE SI SE TRATA DE:

SI INCLUYE INTERVENCION QUIRURGICA INDIQUE EL NOMBRE DE LA INTERVENCION.

TIEMPO OPERATORIO APROXIMADO:

FECHA ESTIMADA

DIA

MESES

MEDICOS QUE PARTICIPAN EN LA INTERVENCION:

APELLIDOS Y NOMBRES

ESPECIALIDAD

SI CONSIDERA QUE PUEDE APORTAR DETALLES QUE FACILITEN EL ANALISIS DE ESTE RECLAMO LE AGRADECEREMOS INDICARLOS A CONTINUACION

**AUTORIZACION**

AUTORIZO A MI REPRESENTANTE AVILA PARA QUE REALICE TODAS LAS AVERIGUACIONES Y REQUERIMIENTOS DE INFORMACION QUE CONSIDERE NECESARIOS O RELEVANTES EN RELACION A LA RECLAMACION DE INDEMNIZACION SOLICITADA POR MI A ESA EMPRESA. EN VIRTUD DE ELLO, RELEVO EXPRESAMENTE A LOS MEDICOS TRATANTES, PERSONAL MEDICO O DE ENFERMERIA Y A LA CLINICA, DE LA RESPONSABILIDAD DE GUARDAR SECRETO MEDICO O RESERVA DE INFORMACION, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTICULO 47, NUMERAL 2, DE LA LEY DE EJERCICIO DE LA MEDICINA Y EN EL ARTICULO 125 DEL CODIGO DE DEONTOLOGIA MEDICA.

EXPRESAMENTE DECLARO QUE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PRECEDENTEMENTE ENUNCIADAS, POR PARTE DE C. DE SEGUROS AVILA, NO IMPLICA PRONUNCIAMIENTO ALGUNO RESPECTO A LA PROCEDENCIA DE LA INDEMNIZACION SOLICITADA.

**CONSTANCIA DE LA VERACIDAD DE LA DECLARACION (LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR)**

CONFIRMO LA EXACTITUD DE TODAS LAS DECLARACIONES EXPRESADAS EN ESTE DOCUMENTO Y QUE NADA HE OMITIDO, OCULTAR O DISIMULADO DE CONFORMIDAD A LO PREVISTO EN EL ARTICULO CORRESPONDIENTE A COOPERACION DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO POLIZA.

POR OTRA PARTE Y ESPECIFICAMENTE EN CUANTO A LA DECLARACION DEL MEDICO TRATANTE NOS PERMITIMOS MENCIONARLE EL CONTENIDO EN EL ARTICULO 124 LITERAL B DE LA LEY DE SEGUROS Y REASEGURO EN SU CAPITULO XI CORRESPONDIENTE A LAS SANCIONES Y PENAS, EL CUAL CITA TEXTUALMENTE LO SIGUIENTE:

- ART. 124. SERAN PENADOS CON ARRESTO DE TRES MESES A TRES AÑOS:
- B) EL MEDICO QUE HAYA CERTIFICADO FALSAMENTE SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE UNA PERSONA EN RELACION CON SU CONTRATO DE SEGURO QUE REQUIERA SU INTERVENCION PROFESIONAL.

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:  
C.I. No.

FIRMA DEL ASEGURADO:  
C.I. No.

LUGAR Y FECHA: