



Seguros Ca'oni

Inscrita en la Superintendencia de Seguros Bajo el N°110
Capital Suscrito y pagado Bs. 5.439.145.000,00
R.I.F J-30081400-9

INFORME DE SINIESTRO

CODIGO: F-010801-02

FECHAS

VIGENCIA	REVISION	N°
07-00	12-03	01

PAGINA 01 DE 02

Nota: No será aceptada ninguna solicitud con la información incompleta. todo el formulario deberá ser llenado a maquina o letra de molde.

PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO

Tipo de Póliza	N° Póliza	N° Certificado	N° Ocurrencia	Fecha del Siniestro
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo				

Contratante:

Nombres y Apellidos del asegurado titular

Cédula de Identidad

Teléfono

Dirección actual del asegurado titular:

Estado

Ciudad

Nombre(s) y Apellido(s) del beneficiario

Cédula de Identidad

Fecha de nacimiento

Relación con el asegurado: Tiene el beneficiario otra(s) póliza(s) si es afirmativo indique el nombre de la compañía de seguros:

Si No

Contratación

Lugar y fecha:

Firma

Para ser llenado por el Centro Hospitalario o Clínica

Nombre del centro Hospitalario

Teléfono

Nombre(s) y apellido(s) del Paciente

Edad

Sexo

Cédula de identidad

Ingreso

Egreso

Factura N°

Moneda

Bs.

\$

Monto Factura

Sello y firma (De la Clínica)

Lugar donde se suministra la información:

Fecha

Para ser llenado por el Medico Tratante

Datos del Siniestro

Causa de la atención medica: Enfermedad

Accidente

Maternidad

A los efectos de esta póliza, se entenderá por accidente cualquier lesión corporal sufrida por el paciente directa o indirectamente de cualquier otra causa por la acción repentina de un agente externo en forma violenta, fortuita y ajena a su voluntad.

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N°003130 de fecha 28 de abril 2004



Seguros Croni

Inscrita en la Superintendencia de Seguros Bajo el N° 110
Capital Suscrito y pagado Bs. 5.430.145.000,00
R.L.F. J-30081400-9

INFORME DE SINIESTRO

CODIGO: F-010801-02

FECHAS

VIGENCIA	REVISION	N°
07-00	12-03	01

PAGINA 02 DE 02

Tratamiento efectuado Medico Quirúrgico

Diagnostico de ingreso

Diagnostico definitivo o de egreso

Fecha de la enfermedad actual: Primera consulta Inicio de síntomas

Considera usted profesionalmente que la enfermedad sufrida por el paciente es consecuencia de otra padecida con anterioridad Nombre de la enfermedad Fecha de la enferm. anterior

Si No

Hubo exploraciones radiológicas Estudio de anatomía patológica Anexe los exámenes correspon.

SI NO SI NO

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

Cura Radical Corrección defecto congénito Diagnostico Plástica cosmética

Cura paliativa Corrección defecto adquirido Plástica reconstructiva

Otros. Especifique:

OPERACION EFECTUADA

Cirugía menor raquídea Tipo de anestesia: Local General

Cirugía mayor Troncal

EN CASO DE MATERNIDAD

Fecha del parto Parto normal Parto con forceps cesárea aborto n° de meses

numero de hijos Durante el parto se efectuó esterilización Si No

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Nombre apellido y firma del medico C.I. Código del colegio de Médicos Fecha

Elaborado por: (fecha)

Autorizado por: (fecha)