

## Declaración de Siniestros Hospitalización Cirugía y Ambulatorio

I. DATOS DE LA POLIZA / RECLAMO					
N° de Póliza:	Certificado N°	Ramo: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	Sucursal Tramitadora:	Sucursal Emisora:	
II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR					
Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica		Apellidos y Nombres / Razón Social:		N° de C.I./Pasaporte/Rif:	
III. DECLARACION DEL ASEGURADO					
Apellidos y Nombres:				N° de C.I./Pasaporte:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Parentesco con el Asegurado Titular: <input type="checkbox"/> Cónyugue <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro (especifique):			
IV. DIRECCIÓN DE DOMICILIO					
Avenida:		Sector:		Calle:	
Edificio/Torre/Quinta:		Piso/Nivel:	Apto/Casa N°:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Cod. Área:	Teléfono de Domicilio:	Teléfono Celular:
N° de Fax:		E-mail:			
V. INFORMACION DEL SINIESTRO					
Fecha del Siniestro:		Hora: Diurna: _____:_____ Nocturna: _____:_____		Lugar:	
Causa del Siniestro:			Patología:		
Coberturas Afectadas: <input type="checkbox"/> Hospitalización, Cirugía y Ambulatorio <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves					
Descripción del Siniestro: _____ _____ _____					
VI. DATOS DE OTRAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS					
Se encuentra usted amparado por otra póliza, usted o la persona afectada?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Compañía Aseguradora:			Póliza N°		% que cubre:
Apellidos y Nombres del Titular de la Póliza:				N° de C.I./Pasaporte:	
Se encuentra usted actualmente gestionando una solicitud por concepto de reembolso en otra compañía?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
En caso afirmativo indique: Nombre de la Compañía:				Fecha de Trámite:	
<p>Declaro que las informaciones suministradas a la Empresa de Seguros, son verdaderas, completas y servirán de base para el cálculo de la indemnización aquí solicitada. Autorizo a los Médicos, Clínicas, Hospitales o Instituciones a proporcionar sin reservas la información solicitada en esta planilla, así como cualquier información adicional que la Empresa de Seguros estime conveniente solicitar.</p> <p>Lugar y Fecha de Declaración: _____, ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">Firma del Asegurado _____</p>					

VII. INFORME DE ADMINISTRACIÓN DEL HOSPITAL O CLÍNICA	
Nombre de la Clínica:	N° de Rif de la Clínica:
Apellidos y Nombres del Administrador:	N° de C.I./Pasaporte:
<p><b>Declaro:</b>            Que el(la) Sr(a): _____ portador(a) de la Cédula de Identidad N° _____            Fecha de Nacimiento _____ y con Edad de _____ años, fue atendido(a) durante: _____ días            desde la fecha _____ hasta _____ registrado en el Libro de Control N° _____            Con fecha: _____ generando gastos que ascienden a _____ Bs.            Lugar y Fecha : _____, ____/____/____            _____            Firma del Administrador y Sello del Hospital o Clínica</p>	

VIII. DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE
<p><b>Estimado Doctor:</b>            Rogamos a usted se sirva contestar las preguntas abajo mencionadas, indispensables para procesar el caso por nuestro Departamento Médico, agradeciendo altamente su colaboración.</p>

IX. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O TRATAMIENTOS MÉDICOS	
1.- ¿Cuál fue el diagnóstico? (favor detallar origen y motivos): _____	
2.- ¿Cuándo empezó a su juicio, la evolución de esta enfermedad sin que aparecieran los síntomas? (favor detallar): _____	
3.- ¿En que fecha aparecieron los síntomas de la dolencia que motivó la hospitalización u operación? (favor detallar): _____	
4.- Motivos y/o causas de la operación y/u hospitalización: _____	
5.- ¿Sufrió el paciente anteriormente de similar o parecida dolencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Especificar síntomas y fecha en que éstas se manifestaron): _____	
6.- En caso de ser accidente, fecha y circunstancias del mismo: _____	
7.- Fecha de Intervención o tratamiento: _____	
8.- Intervención o tratamiento efectuado (favor detallar): _____	
9.- Resultados de Anatomía Patológica: _____	
10.- Instituto donde se efectuó: _____	
11.- Si la Hospitalización duró más días de la habitual, favor detallar las causas: _____	
12.- Honorarios Médicos según facturas que se acompañan Bs.: _____	
Apellidos y Nombres del Médico Tratante:	Código del Colegio Médico
Dirección de la Clínica:	Telfs.:
Apellidos y Nombre del Paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Edad:	
Lugar y Fecha : _____, ____/____/____ _____ Firma y Sello del Médico Tratante	