

DECLARACION DE SINIESTROS

1.- DATOS BASICOS DEL SINIESTRO

CEDULA DE IDENTIDAD DEL TITULAR:		APELLIDOS Y NOMBRES DEL TITULAR:	
FECHA DE OCURRENCIA:	FECHA DE DECLARACIÓN :	TELEFONO DE UBICACIÓN :	
NOMBRE DE LA EMPRESA CONTRATANTE (EN POLIZA COLECTIVA):			
ESTADO DONDE OCURRIO EL SINIESTRO :		CIUDAD DONDE OCURRIO EL SINIESTRO:	
LUGAR DE OCURRENCIA :		HORA DEL SINIESTRO:	

2.- DATOS PARTICULARES DEL SINIESTRO

2.1.- ASEGURADO AFECTADO

APELLIDOS Y NOMBRES:		CEDULA DE IDENTIDAD:	PARENTESCO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	OCUPACION ACTUAL:

2.2.- EN CASO DE ACCIDENTE

ANEXAR DECLARACION Y NARRATIVA DEL HECHO, RADIOGRAFIAS PRE OPERATORIAS Y POST OPERATORIAS SI LAS HUBO

AUTORIZACION DEL ASEGURADO

SELLO DE RECIBIDO

Autorizo al Asegurador, para solicitar de la Clínica y/o Médicos la Historia Clínica u otros documentos necesarios para la revisión y aprobación de cualquier servicio medico medico al que fuere sometido

FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO

3.- PARA SER LLENADO Y FIRMADO UNICAMENTE POR EL MEDICO TRATANTE

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO:		ESPECIALIDAD:	N° M.S.A.S.	N° C.M.
INSTITUCION HOSPITALARIA :			TELEFONO:	
MOTIVO DE LA HOSPITALIZACION: <input type="checkbox"/> INTERV. QUIRURGICA <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> AMBULATORIO <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE			N° HISTORIA MEDICA	FECHA HOSPITALIZACION

3.1.- MATERNIDAD

FECHA DEL EVENTO:	PARTO NORMAL <input type="checkbox"/>	FORCEPS <input type="checkbox"/>	CESAREA <input type="checkbox"/>	CURETAJE <input type="checkbox"/>	GEMELAR <input type="checkbox"/>
-------------------	---------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

3.2.- ENFERMEDAD O LESION

LA ENFERMEDAD TRATADA ACTUALMENTE ES CONSECUENCIA DE UNA ANTERIOR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DESDE QUE FECHA LA PADECE:	FECHA DE 1ra. CONSULTA:	TIEMPO DE EVOLUCION:
APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE LO REFIRIO:			ESPECIALIDAD:	
DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD O LESIONES:				
TRATAMIENTO O INTERVENCION QUIRURGICA EFECTUADA:				

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA MEDIANTE OFICIO N° 006186 DE FECHA 4 DE AGOSTO 2003

AV. FRANCISCO DE MIRANDA CON 4TA. AV. TORRE QUALITAS. LOS PALOS GRANDES. CARACAS
MASTER (0212) 208.30.11 / 0500 QUALITA (0500- 782.54.82) - 0800 QUALITA (0800-782.54.82)

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 118

TIPO DE CIRUGIA: <input type="checkbox"/> CIRUGIA MAYOR <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR	FECHA:	HORA :	DURACION :
---	--------	--------	------------

FECHA

FIRMA DEL MEDICO

CEDULA DE IDENTIDAD

4. PARA SER LLENADO POR LA CLINICA U HOSPITAL (DECLARACION DEL DIRECTOR O ADMINISTRADOR)

YO, _____ PERSONA AUTORIZADA COMO DIRECTOR O ADMINISTRADOR DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DENOMINADA _____ EN LA CIUDAD DE: _____ TELEFONO: _____ CON LA AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL N° _____ DE FECHA: _____ RIF N° _____ Y CÓDIGO DE AFILIACIÓN N° _____ HAGO CONSTAR QUE LOS GASTOS QUE SE DETALLAN EN FACTURA N° _____ SON EXACTAMENTE LOS QUE INCURRIO EN ESTE CENTRO EL PACIENTE _____ CON MOTIVO DE SU TRATAMIENTO POR _____ FUE HOSPITALIZADO EL _____ DE _____ A LAS _____ HORAS.
 FIRMA DEL DIRECTOR O ADMINISTRADOR _____

5. PARA SER LLENADO POR SEGUROS QUALITAS, C.A.

OBSERVACIONES DEL MEDICO DEL ASEGURADOR:		
CÓDIGO Y SUCURSAL DEL RECLAMO:	CODIGO Y DESCRIPCIÓN DEL RAMO:	
POLIZA (S):	CERTIFICADO (S) / RECIBO (S):	
CÓDIGO:	APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:	TELEFONO:

PARA PROCEDER A TRAMITAR EL RECLAMO ES INDISPENSABLE PRESENTAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

EN TODOS LOS CASOS:

Formato "Declaración de Siniestros" completamente llena por el Asegurado, la Clínica y el Medico.
 Facturas Originales y fotocopias de las mismas, legalmente aceptables, debidamente canceladas, con su respectivo N° de RIF.
 Informe Medico amplio y detallado.
 Documentos de soporte del Siniestro: Radiografías, Informe de Anatomía Patológica, Biopsias, Exámenes de Laboratorios y demas documentos que contribuyan al analisis del caso.
 Carta de Presentación de la Empresa Contratante (si el Asegurado pertenece a una Poliza Colectiva).
 Facturas Originales y fotocopias de las mismas, legalmente aceptables, debidamente canceladas, de gastos por medicinas donde se especifique el nombre de las mismas, respaldadas con sus respectivos recibes.
 (En los casos de Hospitalización Individual, se recomienda la presentación de la copia del ultimo recibo de prima cancelado o el ultimo giro de prima financiada).

PARA LOS CASOS DE ACCIDENTE :

Carta elaborada por el Asegurado indicando: fecha, lugar y circunstancias en las cuales se produjo el accidente.
 Informe Medico de donde fue atendido por Emergencia

PARA LOS CASOS DE MATERNIDAD:

Presentar en forma conjunta : Facturas originales y copias de las mismas, legalmente aceptables debidamente canceladas, por gastos de consultas Pre y Post - Natales, Ecosonogramas, Parto Normal, Cesarea, Aborto Espontaneo o Provocado.

PARA CASOS AMBULATORIOS Y EN LOS CASOS DE INTERVENCION QUIRURGICA EN QUE LOS HONORARIOS MEDICOS NO ESTEN INCLUIDOS EN LA FACTURA GLOBAL:

Facturas Originales y fotocopias de las mismas, legalmente aceptables y debidamente canceladas, con su respectivo N° de RIF, por concepto de Honorarios Medicos

PARA CASOS FACTURADOS EN EL EXTERIOR:

Facturas Originales y fotocopias de las mismas, legalmente aceptables, debidamente canceladas e Informe Medico Amplio.

SI HUBO AVISO DE SINIESTRO:

Fotocopia de la Carta de "Aviso de Siniestro", debidamente sellada por la Empresa.

Nota: El Asegurador se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento que considere necesario para la tramitación de su Reclamo. Si la información suministrada no es verdadera, no se procesará el caso y la poliza será Anulada.

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA MEDIANTE OFICIO N° 006186 DE FECHA 4 DE AGOSTO 2003
 AV. FRANCISCO DE MIRANDA CON 4TA. AV. TORRE QUALITAS. LOS PALOS GRANDES. CARACAS
 MASTER (0212) 208.30.11 / 0500 QUALITA (0500- 782.54.82) - 0800 QUALITA (0800-782.54.82)
 INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 118