



Sersacon

Fundación para los Servicios
de Salud y Previsión Social de la
Contraloría General de la República

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

Fecha de Recepción: D/ M/ A/

Fecha de Siniestro: D/ M/ A/

I - PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO TITULAR

1er. Apellido:	Inicial del 2do.:	1er. Nombre	Inicial del 2do.:	Cédula de Identidad V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
----------------	-------------------	-------------	-------------------	---

II - BENEFICIARIO QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN MÉDICA

1er. Apellido:	Inicial del 2do.:	1er. Nombre	Inicial del 2do.:	Cédula de Identidad V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Parentesco del Titular: Padres <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Causa de la Atención Médica: Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

Si anteriormente recibió asistencia médica por el mismo motivo, explique e indique el nombre del médico y la fecha de la atención:

III - BENEFICIARIO QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN MÉDICA

Sersacon agradece la veracidad y exactitud de las informaciones suministradas, debido a que las mismas facilitarán los trámites de nuestro Asegurado.

Yo _____ C.I. N°: _____ En mi condición de Representante
del Centro Hospitalario: _____ Teléfono: _____

Declaro que el paciente: _____ C.I. N°: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Estuvo hospitalizado en este Instituto durante: _____ días, desde el: _____ hasta el: _____ quedando anotado en el
libro de registro previsto en el Art. Nro. 8 del Reglamento de clínicas, con fecha _____ Incurriendo en los gastos especificados
en la(s) factura(s) anexa(s) N°(s) _____ por un monto total de bolívares: _____

Lugar _____ fecha: _____ de _____ de _____

Firma del Representante del Centro Hospitalario: _____

Sello de la Clínica

IV - DECLARACIÓN FACULTATIVA (PARA SER LLENADO ÚNICAMENTE POR EL MÉDICO TRATANTE)

Apellidos y Nombres:	Cédula de Identidad V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	N° Colegio Médico	Teléfono de habitación
----------------------	---	-------------------	------------------------

Nombre y Dirección de la Clínica: _____

Nombre(s) de otros(s) médico(s) que atendieron al paciente.	Fecha de intervención o comienzo del tratamiento: D M A / /
	Fecha de egreso o culminación del tratamiento D M A / /

Diagnóstico
Tipo de Asistencia:

El tratamiento o intervención fue practicado con fines de:

Cura Radical Cura paliativa Corrección defecto adquirido Corrección de defecto adquirido Cirugía plástica reconstructiva
 Diagnóstico Otro

¿Ha sufrido el paciente de similar o parecida dolencia? Si No En caso afirmativo especificar síntomas y fechas en qué estas se manifestaron:

Cirugía Cirugía Ambulatoria Maternidad Accidente Tratamiento Médico Tratamiento Ambulatorio

En Caso de Maternidad

Parto Normal Forceps Aborto Cesárea Tiempo de embarazo Otro

Fecha del Parto	Sexo de recién nacido F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Partos anteriores: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos?	Fechas:
-----------------	--	---	-----------	---------

En Caso de Accidente

Fecha de Siniestro: Tipo de lesiones:

En Caso de Tratamiento o Servicio Ambulatorio

Diagnóstico:

¿Está relacionado el tratamiento con otra enfermedad que haya sufrido el paciente? Si No Explique:

A su juicio ¿Cuándo se inició la evolución de la enfermedad o dolencia sin que aparecieran síntomas? Favor detallar

Declaro que las informaciones suministradas son auténticas y completas. Igualmente me comprometo a proporcionar a SERSACON, cualquier tipo de información o certificación acerca del estado físico del paciente, su historia clínica y demás información que La Fundación considere necesaria conocer, para una mejor evaluación del siniestro.

Lugar _____ fecha: _____ de _____ de _____ Firma: _____

V. DECLARACIÓN (PARA SER LLENADO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL TITULAR)

Declaro que las informaciones suministradas a la Fundación y las facturas adjuntas son auténticas y completas. Igualmente autorizo al personal médico, paramédico y a todas las clínicas o instituciones hospitalarias a suministrar sin reservas la información requerida en esta planilla, así como cualquier información adicional que solicite SERSACON incluyendo copias exactas de sus archivos. Toda información falsa u omisión respecto a mí o a cualquiera de las personas aseguradas, liberará a SERSACON de toda obligación derivada del contrato.

Lugar _____ fecha: _____ de _____ de _____ Firma: _____