



DECLARACIÓN DE SINIESTRO DE SALUD

Nro. Reclamo:		Póliza		Colectiva	
Entidad:		Rif:		Nro. Póliza	
<input type="checkbox"/> MINVIH----- <input type="checkbox"/> FUNDACIÓN MISIÓN HÁBITAT----- <input type="checkbox"/> BANAVIH----- <input type="checkbox"/> INAVI----- <input type="checkbox"/> INTU----- <input type="checkbox"/> EMPICSA-----		G-20009490-7 G-20006677-6 G-20000085-6 G-20003437-8 G-20010187-3 G-20008559-2		Nro. Certificado	
Datos del Asegurado Titular					
Datos de Identificación: PERSONA JURÍDICA					
Nacionalidad:		<input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera		Nro. C.I / Pasaporte:	
1er. Apellido		2do. Apellido		Apellido de Casado(a)	
1er. Nombre		2do. Nombre			
Declaración del Asegurado					
Nacionalidad:		Sexo:		Nro. C.I/Pasaporte:	
<input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			
1er. Apellido		2do. Apellido		Apellido de Casado(a)	
1er. Nombre		2do. Nombre			
Parentesco con el Asegurado Titular:					
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro (especifique)					
Dirección:					
Estado:		Ciudad:		Zona Postal:	
AV./Calle/Transv:		Edif./Casa/Local:		Piso:	
				Nro.:	
Telf. (Cód.)Nro.:		Telf.Cel (Cód.)Nro.:		Fax (Cód.)Nro.:	
				Otro Telf. (Cód.)Nro.	
E-mail:		Fecha del Siniestro:		Hora:	
Descripción de la Reclamación:					
Lugar y Fecha Declaración:					
Firma del Asegurado					

Declaro que las Informaciones Suministradas a El Asegurador; son verdaderas, completas y servirán de base para el cálculo de la Indemnización aquí solicitada, Autorizo a los Médicos y al Instituto de Hospitalización a Proporcionar sin reservas la Información solicitada en esta Planilla, así como cualquier Información adicional que el Asegurador estime conveniente solicitar. Así mismo que las actividades económicas desarrolladas por mí, corresponden a una fuente lícita.

Solo ser Llenado por el Centro Asistencial

N-° de C.I.:	Apellidos:	Nombres:		
N-° de R.I.F Hospital o Clínica:		N-°, de N.I.T. hospital o Clínica:		
Declaro				
Que el (la) Sr. (Sra.).	Portador de la C.I. N-°:	Fecha de Nacimiento:		Edad:
Ha sido Hospitalizado(a) durante: Días	Desde la fecha:	Hasta:	Registrado en el Libro de control Nro.:	con fecha:
Generando gastos que ascienden a Bs.:				

Lugar y fecha: _____, _____.

Firma del Administrador Y Sello Del Hospital o Clínica

Declaración del Médico Tratante

Estimado Doctor:

Rogamos a usted se sirva contestar las preguntas abajo mencionadas, Indispensables para procesar el caso por nuestro Departamento Medico, agradeciendo altamente su colaboración.

Intervención Quirúrgica o Tratamiento Medico

Yo, Doctor: _____ Código Colegio de Médico: _____

Dirección clínica _____

Telf. Clínica: _____

Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____ Edad _____

¿Cuál fue el Diagnostico? (Favor Detallar origen y motivo) _____

¿Cuándo empezó a su juicio, la evaluación de esta enfermedad sin que apareciera los síntomas? (favor detallar) _____

¿En qué fecha aparecieron los síntomas de la dolencia que motivo la hospitalización u operación? (favor detallar) _____

Motivos y/o causas de la operación y/u hospitalización _____

¿Sufrió el paciente anteriormente de similar o parecida condolencia? Si No (Especificar síntomas y fecha en que estas se manifestaron) : _____

En caso de ser accidente, fecha y circunstancias del mismo: _____

Fecha de intervención o tratamiento: _____

Intervención o tratamiento efectuado (favor detallar): _____

Resultado de Anatomía Patología: _____

Instituto donde se efectuó: _____

Si la Hospitalización duro más de días de lo habitual, favor detallar las causas: _____

Horarios médicos según facturas que se acompañan Bs.: _____

Lugar y fecha: _____, _____.

Firma del Administrador Y Sello Del Hospital o Clínica