



NOTIFICACIÓN DE SINIESTROS SALUD (SÓLO PARA USO DE PROVEEDORES DE SALUD)

TIPO DE PÓLIZA: INDIVIDUAL COLECTIVA

Centro de Negocios	Fecha
--------------------	-------

PÓLIZA		
Contratante	Nº Póliza	Nº Certificado

ASEGURADO TITULAR		
Apellidos	Nombres	C. I. / Pasaporte

BENEFICIARIO AFECTADO			
Apellidos	Nombres		
C. I. / Pasaporte	Parentesco	Fecha Nacimiento	Edad

CAUSA DEL SINIESTRO			
<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Intervención Quirúrgica <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Maternidad			
Fecha de Ocurrencia	Médico Tratante	Institución Hospitalaria	

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN
Declaro que la información suministrada en esta Notificación es exacta y autorizo a los médicos e instituciones hospitalarias, a proporcionar sin reservas la información solicitada por Seguros Universitas, C.A.

Firma Asegurado Titular / Beneficiario

Firma y Sello Institución Hospitalaria