

Fecha Recepción
Nro. Recepción
Nro. Siniestro

### Declaración de Siniestros

Es indispensable para la tramitación de su reclamo la presentación de **FACTURAS ORIGINALES PAGADAS** que cumplan con las disposiciones del SENIAT. Si desea la devolución de las facturas originales, debe anexar fotocopias de las mismas.

#### Datos del Asegurado Titular y Asegurado Afectado

Ramo Póliza: Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/>	Póliza Nro.	Certificado Nro.
Vida <input type="checkbox"/> Funerarios <input type="checkbox"/>		

1er. Apellido Asegurado Titular:	1er. Nombre Asegurado Titular:
----------------------------------	--------------------------------

2do. Apellido Asegurado Titular:	2do. Nombre Asegurado Titular:
----------------------------------	--------------------------------

Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:
---	----------------------

Dirección:
------------

Teléfono Celular:	Teléfono Habitación:	Dirección Correo Electrónico:
-------------------	----------------------	-------------------------------

1er. Apellido Asegurado Afectado:	1er. Nombre Asegurado Afectado:
-----------------------------------	---------------------------------

2do. Apellido Asegurado Afectado:	2do. Nombre Asegurado Afectado:
-----------------------------------	---------------------------------

Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:
---	----------------------

Cobertura Afectada:	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
---------------------	-------	--

Parentesco con el Asegurado Titular: Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Estado Civil:
---	---------------

Teléfono Celular:	Teléfono Habitación:	Dirección Correo Electrónico:
-------------------	----------------------	-------------------------------

#### Datos de otros contratos que amparan el mismo riesgo

¿El Asegurado afectado se encuentra amparado por otro seguro o plan? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique:
--

Nombre de la empresa:	Fecha:
-----------------------	--------

¿Está actualmente tramitando una solicitud por concepto de reembolso en otra Empresa Aseguradora? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique:
---

Nombre de la empresa:	Fecha:
-----------------------	--------

#### Conducto para el pago de la Indemnización solicitada

Sírvase a emitir el cheque a Nombre de:	Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
---	---

Sí el reclamante es el Asegurado Titular, indique sí desea que se realice el pago de la indemnización por medio de transferencia bancaria: Si  No  Sí su respuesta es "Sí", Indique el N° de su Cuenta y el nombre del Banco donde el Asegurador depositará dicho pago:

Nombre del Banco:	Tipo de Cuenta: Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
-------------------	---

Nro. Cuenta	<input type="text"/>
-------------	----------------------

Autorizo a mi productor de seguros a retirar de las oficinas de SEGUROS VENEZUELA, C.A., el cheque de indemnización del presente siniestro: Si  No

Declaro que las informaciones suministradas al Asegurador, son verdaderas, completas y servirán de base para el cálculo de la indemnización aquí solicitada. Autorizo a los médicos y a la Institución Hospitalaria a proporcionar sin reservas la información requerida en esta planilla (adjuntando copia de sus archivos), así como cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes, que el Asegurador estime necesaria.

Firma del Asegurado Titular	Firma Asegurado Afectado o Paciente	Fecha:
-----------------------------	-------------------------------------	--------

#### Datos del Reclamo

Lugar y Fecha de Ocurrencia del Siniestro:	Hora: a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>
--	--

Causa de la reclamación: Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/>
---

Monto Facturas Presentadas Bs.:	Nro. Documentos entregados:
---------------------------------	-----------------------------

<b>Representante de la Funeraria</b>		
<b>Datos para ser llenados por el Representante de la Funeraria</b>	Cédula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Apellidos: _____ Nombres: _____	
	Nombre de la Funeraria: _____ N° Rif Funeraria: _____	
	Declaro que el Sr.(a) _____	
	Portador de la Cédula de Identidad N° _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____	
Recibió servicios funerarios en fecha _____ Generando gastos que asciende a Bs. _____		
_____ Lugar y Fecha <span style="margin-left: 200px;">Firma del representante y sello del la Funeraria</span>		
<b>Médico Tratante del Asegurado Afectado</b>		
<b>Para ser llenado por el Médico tratante del Asegurado Afectado</b>	Cédula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Apellidos: _____ Nombres: _____	
	N° Colegio de Médicos: _____ N°. M.S.A.S.: _____	
	Nombre del Paciente: _____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad: _____	
	Responda las siguientes preguntas y anexe el Informe Médico, cuyo contenido debe ser amplio y detallado en cuanto a la Enfermedad, Intervención Quirúrgica, Hospitalización practicada al Asegurado Afectado y debe indicar tiempo y evolución de la afección que motivó este reclamo, adicionalmente anexe al presente, resultados de los exámenes y estudios realizados.	
	1. ¿Cuál fue el Diagnóstico? ( Detallar origen y motivos):	
	2. ¿Cuándo empezó a su juicio, la evolución de esta enfermedad sin que aparecieran los síntomas? (detallar):	
	3. ¿En qué fecha aparecieron los síntomas de la dolencia que motivó la hospitalización u operación? (detallar):	
	4. Motivos y/o causas de la operación y/u hospitalización:	
	5. ¿Sufrió el paciente anteriormente de similar o parecida dolencia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (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 efectuado (detallar):	
	8. Intervención o tratamiento efectuado (detallar):	
9. Resultados de anatomía patológica:		
10. Nombre de la Institución donde se efectuó:		
11. Si la Hospitalización se extendió por complicaciones propias del paciente, detallar las causas:		
12. Honorarios médicos según facturas que se acompañan Bs.:		
Lugar: _____	Fecha: _____	
_____	_____	
Firma del Médico Tratante	Sello de la Clínica	
_____	_____	
Firma del Asegurado Titular	Firma Asegurado Afectado o Paciente	

