



## DECLARACIÓN DE SINIESTRO H.C.M.

Póliza N°	Cert. N°	Contratante	
Asegurado		Fecha de Nacimiento	C.I. N°
Nombre del Paciente	Parentesco	Fecha de Nacimiento	C.I. N°

### CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Por este medio **CERTIFICO** que las facturas adjuntas y las respuestas que anteceden y preceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Así mismo, **AUTORIZO** a todos los médicos, personas afines y a todas las Clínicas que me han atendido, para que suministren a **C.A. DE SEGUROS LA OCCIDENTAL** toda la información que más adelante se especifica, o cualquier otra que solicitare en relación con este caso incluyendo copias exactas de sus archivos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma

### INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
Institución Hospitalaria o Clínica: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ N° Colegio Médico \_\_\_\_\_ N° SAS \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN

Enfermedad  Maternidad  Accidente  Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
Total días: \_\_\_\_\_ La hospitalización duró más de lo normal? Si  No   
Favor detallar causas: \_\_\_\_\_

### ENFERMEDAD:

Descripción de la enfermedad: \_\_\_\_\_  
Tratamiento efectuado: \_\_\_\_\_  
En su opinión profesional, ¿La enfermedad que sufría el asegurado fue consecuencia directa de otra que tenía antes?  
Si  No  . ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
En qué fecha aparecieron los síntomas subjetivos de esta enfermedad? \_\_\_\_\_

### MATERNIDAD

Fecha de parto: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Parto normal: Si  No   
Descripción: \_\_\_\_\_

### ACCIDENTE

Lugar y Fecha donde ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_  
Causa: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Testigos: \_\_\_\_\_  
Descripción de Lesiones: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Operación efectuada: \_\_\_\_\_ Cirugía mayor: \_\_\_\_\_  
 Cirugía menor: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_  
 Descripción: \_\_\_\_\_

### ANESTESIA:

General:  Local:  Troncular:  ¿Cuál?  
 Operación efectuada con la finalidad: Curativa  Paliativa  Ortopédica  Defecto congénito   
 Defecto adquirido  Enfermedad congénita  Cosmética  Exploración diagnóstica

Yo, \_\_\_\_\_ C.I. N° \_\_\_\_\_,  
 inscrito en el \_\_\_\_\_ declaro que las respuestas dadas anteriormente son exactas  
 de acuerdo con la historia clínica del paciente y lo que a mi real entender sé.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma

## DECLARACIÓN DEL ADMINISTRADOR DE LA CLÍNICA O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Yo, \_\_\_\_\_ C.I. N° \_\_\_\_\_, en  
 mi carácter de \_\_\_\_\_ declaro que las  
 respuestas dadas a continuación son exactas de acuerdo con los registros que este instituto lleva en atención de las  
 leyes vigentes.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma y Sello

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

## COSTOS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

CONCEPTOS	BOLÍVARES	Unicamente para uso de la Compañía BOLÍVARES
Hospitalización: días a Bs. c/u.....		
días a Bs. c/u.....		
Beneficios Quirúrgicos .....		
Quirófano .....		
Anestesia .....		
Medicinas .....		
Transfusiones .....		
Laboratorio .....		

Rayos x .....		
Servicios Especiales de diagnóstico .....		
Visitas Médicas Hospitalarias .....		
Ambulancia .....		
Maternidad (Todo incluido) .....		
Otros gastos .....		
Total Bs.		

Cheque N° \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_  
 Calculado por \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Vo. Bo. \_\_\_\_\_

"Inscrito en el Ministerio de Hacienda Bajo el N° 51"