



Fecha de Recepción: D/ M/ A/

Fecha de Siniestro: D/ M/ A/

IMPORTANTE

A objeto de que la C.N.A. DE SEGUROS LA PREVISORA, pueda proceder al pago de la indemnización que corresponda, es indispensable que la presente planilla sea presentada a la misma debidamente llenada y firmada por el Asegurado Titular, Administración de la Clínica u Hospital y por el Médico Tratante. Igualmente el Asegurado Titular debe presentar todas las facturas originales canceladas; en caso de siniestros facturados en el exterior, se requiere que dichas facturas sean autenticadas por el Consulado Venezolano respectivo y validadas por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si desea la devolución de las facturas originales, deberá acompañarlas con fotocopias de las mismas.

La presente reclamación se efectúa de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza contratada.

I- PARA SER LLENADO POR LA COMPAÑIA

Plan: Colectivo <input type="checkbox"/> PRISMA Premier <input type="checkbox"/>	Póliza N°:	Certificado N°:	Reclamo N°:
PRISMA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			

II- 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"/>
---------------	------------------	-------------	------------------	---

Dirección de habitación:

III- BENEFICIARIO QUE RECIBIO LA ATENCION MEDICA

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 con el Titular:	¿Tiene el Beneficiario otra(s) Póliza(s) de H.C.M.? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
-------	--	----------------------------	--

En caso afirmativo indique Compañías y N° de la Póliza	Causa de la atención médica: Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/>
--	--

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

VI- PARA SER LLENADO POR LA CLINICA U HOSPITAL

La C.N.A. DE SEGUROS LA PREVISORA 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 Administrador

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. N° 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 19 _____

Firma del Administrador: _____

Sello de la Clínica:

V. DECLARACION FACULTATIVA**(PARA SER LLENADO UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL MEDICO TRATANTE)****Datos del Médico**

Apellidos y Nombres:	Cédula de Identidad V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Nº Código Médico	Teléfono de habitación:
----------------------	---	------------------	-------------------------

Nombre y Dirección de la Clínica:

Información sobre el Paciente

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"/>
---------------	------------------	-------------	------------------	---	-------	--

Nombre(s) de otro(s) médico(s) que atendieron al paciente.

Fecha de intervención o comienzo del tratamiento: D M A

/ /

Diagnóstico de ingreso:

Diagnóstico de egreso:

Tipo de asistencia:

El tratamiento o intervención fue practicado con fines de:

Cura radical Cura paliativa Corrección defecto congénito Corrección defecto adquirido Cirugía plástica reconstructiva
 Diagnóstico Otro Especifique:

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

Cirugía Cirugía Ambulatoria Maternidad Accidente Tratamiento Médico Tratamiento Ambulatorio

En caso de haber practicado Cirugía

Causa de la operación:	Tipo de Anestesia:
------------------------	--------------------

Descripción de la operación:

Institución donde se practicó:

Cuando se originó la causa:

¿ Es consecuencia de otra operación o enfermedad ?

En caso de MaternidadParto Normal Forceps Aborto Cesárea Tiempo de embarazo:

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

¿ A la asegurada se le ha practicado anteriormente alguna intervención obstétrica o ginecológica ? Si No

Fecha Indique tipo de intervención

En caso de Accidente

Fecha del Siniestro:	Tipo de lesiones:
----------------------	-------------------

En caso de Fallecimiento

Fecha del Siniestro:

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, ¿ Cuando 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 La Compañía, cualquier tipo de información o certificación acerca del estado físico del paciente, su historia clínica y además informaciones que La Compañía considere necesario conocer, para una mejor evaluación del siniestro.

Lugar:..... fecha: de..... de 19..... firma:.....

VI. DECLARACION**(PARA SER LLENADO UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL TITULAR)**

Declaro que las informaciones suministradas a La Compañía 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 La Compañía incluyendo copias exactas de sus archivos. Toda información falsa u omisión respecto a mí o a cualquiera de las personas aseguradas, liberará a la C.N.A. DE SEGUROS LA PREVISORA de toda obligación derivada del contrato de seguros.

Lugar:..... fecha: de..... de 19..... firma:.....