



Nº de Autorización:

1.- Servicio Solicitado

EMERGENCIA

CARTA AVAL

AMP

REEMBOLSO

2.- Datos del Asegurado Titular

Apellidos y Nombres del Asegurado Titular:

Cédula de Identidad: **V:** ___ **E:** ___ Fecha de Ocurrencia: Fecha de Declaración: Teléfono para ubicación:

Tipo de Póliza: **Individual** ___ **Colectivo** ___ Ciudad/ Estado Ocurrencia del Sntro: Lugar / Fecha / Hora del Sntro:

Nombre Colectivo:

Autorizo sin reserva al médico que me haya atendido y a la institución, proporcionar a la Compañía de Seguros la Información que mas adelante se especifica o cualquier otra que solicite la compañía de Seguros con relación a esta reclamación.

En _____ a los _____ del mes de _____ del año _____ Firma _____

3.- Datos del Asegurado Beneficiario:

Apellidos y Nombres del Beneficiario:

Cédula de Identidad: **V:** ___ **E:** ___ Fecha de Nacimiento: Parentesco: Sexo: F___ M___

Estado Civil:

4.- Informe Médico

El suscrito _____ Médico Especialista en _____
En ejercicio legal de su profesión, con cédula de identidad
Nº _____ MSAS N° _____ Inscrito en el Colegio de Médicos de _____ Bajo el número _____ Con
Domicilio Profesional en _____, en la Ciudad de _____. Hago Constar que he
atendido en calidad de médico tratante a _____ Cedula de Id N° _____ Por haber
presentado _____ Cuyos primeros síntomas aparecieron el día _____ Así
mismo hago constar que le fue practicado el siguiente tratamiento _____ Motivo
por el cual debió permanecer hospitalizado (a) desde el _____ Hasta el _____ Fecha en que fue dado de
alta en condiciones _____. De igual forma durante la

hospitalización fue requerida la participación de los especialistas:

Dr. _____ Especialidad _____ Consultado por _____

Dr. _____ Especialidad _____ Consultado por _____

5.- Para ser Contestado por la Clínica

Nombre de la Institución Hospitalaria _____ RIF/ Hospital ó Clínica _____

Declaro que el Sr.(a) _____ Portador de la C.I. N°

V E

Hospitalizado (a) durante (días) _____ Desde: _____ Hasta: _____

Generando Gastos que Ascenden a: (Monto en letras y Números)

Lugar y Fecha: