

**I. DATOS DE LA POLIZA**

Contratante:	Póliza Número:	Certificado N°:	Fecha de Declaración: / /
--------------	----------------	-----------------	------------------------------

II. DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres:				Número Cédula de Identidad/ RIF.: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento: / /	Estado:	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	
Dirección Habitación:					
Estado:	Ciudad:	Teléfonos:			
Nombre del Beneficiario de los servicios recibidos:				Número Cédula de Identidad/ RIF.: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
Parentesco con el asegurado titular :			Dirección:		
¿Vive con el asegurado titular?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Depende Económicamente del asegurado titular? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

III. DATOS GENERALES

Nombre y Apellido		Teléfono:
Médico Habitual del Beneficiario:		
Médico Tratante en este caso:		
Médico que ordeno el ingreso:		

IV. DATOS DE INGRESO

Nombre de la Institución Hospitalaria:	Hora:	Detalle Causa:
La Hospitalización se realizo por:		
Tratamiento de: Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Intervención Quirúrgica <input type="checkbox"/> otro:		
En caso de que el ingreso fue a consecuencia de un accidente, detalle las circunstancias del mismo:		

Fecha de Salida de la Institución Hospitalaria: / /	Hora:	Gastos pagados por este caso son según facturas y comprobantes originales anexos de Bs.
-----------------------------------------------------	-------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Declaro que las informaciones que anteceden son verídicas y exactas, autorizo a todos los médicos, personas a fines e Instituciones Hospitalarias que hayan atendido al beneficiario de los servicios prestados a proporcionar a LA VENEZOLANA DE SEGUROS Y VIDA C.A. las informaciones que ésta considere necesarias para una mejor evaluación del caso.

V. DECLARACION JURADA DE ORIGEN Y DESTINO DE LOS FONDOS

Yo, el tomador doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima de la póliza suscrita, bien sea en efectivo, divisas, cheques, transferencias, bonos, etc., provienen de operaciones lícitas, relacionadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto no tiene relación alguna con bienes, haberes, valores, títulos, capitales o sus excedentes, producto de las actividades o acciones a que se refieren el Artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

En la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ de _____

Firma del Tomador

Firma del Beneficiario

Importante: Este Formulario debe ser llenado completamente y firmado por las personas a quienes corresponda. Se debe adjuntar todo comprobante original de pago, honorarios médicos y demás servicios prestados Si se desea que le sean devueltos los originales por favor anexe fotocopias.