



**INFORME DE SINIESTRO  
SEGURO DE HOSPITALIZACION, CIRUGIA Y MATERNIDAD**

**IMPORTANTE: NO SERA ACEPTADA NINGUNA SOLICITUD CON LA INFORMACION INCOMPLETA TODO EL FORMULARIO DEBERA SER LLENADO EN LETRA DE MOLDE**

PARA PROCEDER A TRAMITAR EL SINIESTRO ES INDISPENSABLE PRESENTAR LA SIGUIENTE INFORMACION:

**EN TODOS LOS CASOS**

- Forma "Informe de Siniestro" completamente llena por el Asegurado, la Clínica y el Médico tratante.
- Facturas originales y fotocopias de las mismas, legalmente aceptables debidamente canceladas, con su respectivo N° de RIF
- Informe Médico amplio y detallado, escrito a máquina.
- Documentos de soporte del siniestro: Radiografías, Informe de Anatomía Patológica, Biopsias, Exámenes de Laboratorios y demás documentos que contribuyan al análisis del caso
- Carta de presentación de la Empresa Contratante (si el Asegurado pertenece a una Póliza Colectiva)
- Facturas originales y fotocopias de las mismas, legalmente aceptables debidamente canceladas, de gastos por medicinas donde se especifique el nombre de las mismas, respaldadas con sus respectivos rícepes (en los casos de Hospitalización Individual se recomienda la presentación de la copia del último recibo de prima cancelado o el último giro de prima financiada)

**PARA LOS CASOS DE ACCIDENTES**

- Carta elaborada por el Asegurado indicando fecha, lugar y circunstancias en las cuales se produjo el accidente
- Informe de las autoridades que intervinieron en el accidente
- Informe Médico donde fue atendido por emergencia

**PARA LOS CASOS DE MATERNIDAD**

- Presentar en forma conjunta: Facturas originales y fotocopias de las mismas, legalmente aceptables debidamente canceladas, por gastos de consultas Pre y Post-Natales, Ecosonogramas, Parto Normal, Cesárea, Aborto Espontáneo o Provocado

**Para casos ambulatorios y en los casos de intervención quirúrgica en que los honorarios médicos no estén incluidos en la factura global.**

- Facturas originales y fotocopias de las mismas, legalmente aceptadas debidamente canceladas, con su respectivo N° de RIF por concepto de honorarios médicos.

**PARA CASOS FACTURADOS EN EL EXTERIOR**

- Facturas originales y fotocopias de las mismas, debidamente canceladas e Informe Médico Amplio, todo legalmente traducido a Castellano y autenticado por el Consulado Venezolano correspondiente

**SI HUBO AVISO DE SINIESTRO**

- Original y fotocopia de la notificación del siniestro, debidamente sellada por la empresa

**NOTA: La compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento que se considere necesario para la tramitación de su siniestro. Conforme con lo establecido en las Condiciones de la Póliza.**

**PARA SER LLENADA POR EL ASEGURADO**

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

TIPO DE POLIZA <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COLECTIVA		N° DE POLIZA	N° DE CERTIFICADO	OCURRENCIA DEL SINIESTRO (*)	
NOMBRE DEL TOMADOR					
NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		APELLIDOS	CEDULA DE IDENTIDAD	CODIGO AREA	TELEFONO
DIRECCION ACTUAL DEL ASEGURADO TITULAR					
ESTADO	CIUDAD	NOMBRES DEL ASEGURADO BENEFICIARIO		APELLIDOS	CEDULA DE IDENTIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL ASEGURADO	TIENE EL BENEFICIARIO OTRA(S) POLIZA(S) DE HOSPITALIZACION EN VIGOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		SI ES AFIRMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS Y NÚMERO DE POLIZA	

**PARA SER LLENADO POR EL CENTRO HOSPITALARIO O CLINICA**

NOMBRE DEL CENTRO HOSPITALARIO			CODIGO DE AREA	TENEFONO	
NOMBRE DEL PACIENTE		APELLIDOS		EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
INGRESO	EGRESO	FACTURA N°	MONEDA	MONTO FACTURA	
LUGAR DONDE SE SUMINISTRA LA INFORMACION				FECHA	CENTRO HOSPITALARIO O CLINICA (SELLO Y FIRMA AUTORIZADA)

(\*) FECHA DE TERMINACION DEL TRATAMIENTO, SI ES MEDICO  
FECHA DE INTERVENCION, SI ES QUIRURGICO

