

Datos de la Póliza / Reclamo		
Nro. Reclamo:	Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva	
Sucursal de Emisión de la Póliza:	Sucursal Tramitadora del Siniestro:	
Ramo:	Nro. Póliza:	Nro. Certificado:

Datos del Asegurado Titular		
<b>Datos de Identificación: Persona Natural</b>		
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	Nro. C.I./ Pasaporte:	
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:
1er. Nombre:	2do. Nombre:	

Declaración del Asegurado		
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Nro. C.I./ Pasaporte:
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:
1er. Nombre:	2do. Nombre:	
Parentesco con el Asegurado Titular: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		

Dirección:					
Estado:	Ciudad:	Urbanización:	Zona Postal:		
Av./ Calle /Transv.:	Edif./ Casa / Local:		Piso:	Nro.:	
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:		
E-mail: Diurna: _____ : _____ Nocturna: _____ : _____		Fecha del Siniestro:	Hora:		
Lugar:	Causa de la Reclamación:		Patología:		
Descripción de la Reclamación:					

**En caso de reembolso puede afiliarse a nuestro Sistema de Pago Automático llenando el díptico anexo.**

Datos de Otras Compañías Aseguradoras		
¿Se encuentra usted amparado por otra póliza, usted o la persona afectada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Compañía de Seguro:	Nro. Póliza:	% que cubre:
Titular de la Póliza:	Nro. de C.I.:	
¿Está actualmente tramitando una solicitud por concepto de reembolso en otra compañía?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo indique: Nombre de la Compañía:		Fecha de Tramitación:

Declaro que las informaciones suministradas a **El Asegurador**, son verdaderas, completas y servirán de base para el cálculo de la indemnización aquí solicitada. Autorizo a los Médicos y al Instituto de Hospitalización a proporcionar sin reservas la información solicitada en esta planilla, así como cualquier información adicional que **El Asegurador** estime conveniente solicitar. Así mismo que las actividades económicas desarrolladas por mi corresponden a una fuente lícita.

Lugar y Fecha Declaración: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado \_\_\_\_\_

### Informe del Administrado del Hospital o Clínica

Nro. de Cl:	Apellidos:	Nombres:
Nro. de R.I.F. Hospital o Clínica:		Nro. de N.I.T. Hospital o Clínica:

#### Declaro

Que el (la) Sr. (Sa.):		Portador de la C.I. Nro.:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Ha sido hospitalizado(a) durante: días	Desde la fecha:	Hasta:	Registrado en el Libro de Control Nro.:	Con fecha:

Generando gastos que ascienden a Bs.:

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Administrador y Sello del Hospital o Clínica

### Declaración del Médico Tratante

Estimado Doctor:

Rogamos a usted se sirva contestar las preguntas abajo mencionadas, indispensables para procesar el caso por nuestro Departamento Médico, agradeciendo altamente su colaboración.

#### Intervenciones Quirúrgicas o Tratamientos Médicos

- Yo, Dr. \_\_\_\_\_ Código Colegio Médico: \_\_\_\_\_
- Dirección Clínica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Telf. Clínica: \_\_\_\_\_
- Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
- ¿Cuál fue el diagnóstico? (favor detallar origen y motivos): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Cuándo empezó a su juicio, la evolución de esta enfermedad sin que aparecieran los síntomas? (favor detallar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿En qué fecha aparecieron los síntomas de la dolencia que motivó la hospitalización u operación? (favor detallar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Motivos y/o causas de la operación y/u hospitalización: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Sufrió el paciente anteriormente de similar o parecida dolencia?  Sí  No (Especificar síntomas y fecha en que éstas se manifestaron): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- En caso de ser accidente, fecha y circunstancias del mismo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fecha de intervención o tratamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Intervención o tratamiento efectuado (favor detallar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Resultados de Anatomía Patológica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Instituto donde se efectuó: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Si la Hospitalización duró más días de lo habitual, favor detallar las causas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Honorarios Médicos según facturas que se acompañan Bs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Médico Tratante

Aprobado por la Superintendencia de Seguros, mediante oficios N° 8583 de fecha 6/10/2004