



Pirámide

SEGUROS

DECLARACIÓN DE SINIESTRO
PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN
INDIVIDUAL

Te lo hacemos fácil

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE Y FIRMADO POR LAS PERSONAS A QUIENES CORRESPONDA, DEBERÁ ADJUNTARSE TODO COMPROBANTE ORIGINAL DE PAGO, FACTURAS DE MÉDICOS Y DEMÁS SERVICIOS INCURRIDOS; POR FAVOR ANEXE COPIAS DE LOS MISMOS SI DESEA QUE LE SEAN DEVUELTOS LOS ORIGINALES

Nombre del Asegurado Titular

Cédula de Identidad

Edad

Nombre del Asegurado de los servicios recibidos

Cédula de Identidad

Edad

Sexo

F M

Parentesco con el Asegurado Titular

Dirección

La hospitalización se realizó por

Firma del Asegurado Titular

Firma del Asegurado

Nombre de la Institución Hospitalaria

Teléfono

Nombre del Asegurado Paciente

DECLARACIONES DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Yo,

C.I. N°

En mi condición de representante autorizado de

Declaro que

C.I. N°

de

años de edad, Sexo

ha estado hospitalizado (a) en este Instituto durante

días

Desde el

Hasta el

y ha sido anotado (a) en el Libro de Registro por el Artículo N° 8 del Reglamento de Clínicas

con fecha

Los gastos en que incurrió según factura y comprobantes anexos N°

Fueron de Bolívars

Bs. (

Firmada en

el

de

de

Firma Autorizada

Sello

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA BAJO EL N° SAA-1-1-11936-2014 EL 6 DE ENERO 2015.

Seguros Pirámide, C.A.
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad
Aseguradora bajo el No. 80. Capital Suscrito y Pagado
Bs. 140.000.000,00. RIF J-00106474-5.

segurospiramide.com