

GLAVE DE AUTORIZACIÓN:	N° BINIESTRO:			

DECLARACIÓN DE SINIESTROS

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

EN TODOS LOS CASOS

FORMA "DECLARACIÓN DE SINIESTROS" Nº COMPLETAMENTE LLENA POR EL PRESENTAR EN FORMA CONJUNTA: FACTURAS ORIGINALES Y FOTOCOPIAS DE ASEGURADO, LA CLÍNICA Y EL MÉDICO.

FACTURAS ORIGINALES Y FOTOCOPIAS DE LAS MISMAS, LEGALMENTE ACEPTABLES DEBIDAMENTE, CON SU RESPECTIVO N° DE RIF.

INFORME MÉDICO AMPLIO DETALLADO.

DOCUMENTOS DE SOPORTE DEL SINIESTRO: RADIOGRAFÍAS, INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, BIOPSIAS, EXÁMENES DE LABORATORIOS Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE CONTRIBUYAN AL ANÁLISIS DEL CASO.

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 RECIPES.

(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 ACCIDENTE

CARTA ELABORADA POR EL ASEGURADO INDIGANDO FECHA, LUGAR Y CIRCUNSTANCIAS EN LAS CUALES SE PRODUJO EL ACCIDENTE. INFORME MÉDICO DONDE FUE ATENDIDO POR EMERGENCIA.

PARA LOS CASOS DE MATERNIDAD

LAS MISMAS, LEGALMENTE ACEPTABLES DEBIDAMENTE CANCELADAS, POR GASTOS DE CONSULTAS PRE Y POST-NATALES, ECOSONAGRAMAS, PARTO NORMAL, CESÁREA, ABORTO ESPONTÁNEO O PROVOCADO.

PARA CASOS AMBILIATORIOS Y EN LOS CASOS DE INTERVENCIÓN ANATOMÍA PATOLÓGICA, BIOPSIAS, EXÁMENES DE LABORATDRIOS Y DEMÁS
DOCUMENTOS QUE CONTRIBUYAN AL ANÁLISIS DEL CASO.

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA CONTRATANTE (SI EL ASEGURADO
PERTENECE A UNA PÓLIZA COLECTIVA).

PARA CASOS AMBULATORIOS Y EN LOS CASOS DE INTERVENCION
QUINÚRGICA EN QUE LOS HONCRATIOS MEDICOS NO ESTEN
INCLUIDOS EN LA FACTURA GLOBAL
FACTURAS ORIGINALES Y FOTOCOPIAS DE LAS MISMAS, LEGALMENTE
ACEPTABLES 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, LEGALMENTE ACEPTABLES DEBIDAMENTE CANCELADAS E INFORME MÉDICO AMPLIO.

SI HUBO AVISO DE SINIESTRO.

FOTOCOPIA DE LA CARTA DE "AVISO DE SINIESTRO", DEBIDAMENTE SELLADA POR LA EMPRESA.

NOTA: EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA LA TRAMITACIÓN DE SU RECLAMO. SI LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA NO ES VERDADERA, NO SE PROCESARA EL CASO Y LA POLIZA SERA ANULADA.

CODIGO Y SUCURSAL DEL RECLAMO:					CODIGO Y DESCRIPCIÓ	N DEL RAMO			_	
POLIZA (S):				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	CERTIFICAL	DO (S) / RECIBO (S):				_
CODIGO:	APELLIDOS	YNDM	BRES DEL PRODUCTO	R:				TELEFONO:		_
	-									
	<u> </u>									_
				DATOS BASICOS						
CEDULA DE IDE	ENTIDAD DEL	TITULA	₹:	APELLIDUS Y NOMBRES	DEL TITULA	R:				
FECHA DE OCUI	RRENCIA:			FECHA DE DECLARAC	IION:			TELEFONO DOL	NOE PUEDA UBICARSE:	_
								1		
								1		
SI DEPTENDE	A LINA BOLIZ	A COL F	CTIVA INDIDUE LA EN	IPRESA CONTRATANTE:						_
DI PERTENEGE	A ONA POLIZ	~ 5045	01174 HIDIQUE EX ER	FREDA CUMIRAIANIE.						
EBTADO DONDE			770.	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						_
EBIADO DONDE	L OCORRIO E	C BINIE	BIRO.		1	GIUDAD DONDE OCURRIO EL SINIESTRO:				
LUGAR DE OCU	DDENGIA:								HORA:	_
LUGAR DE ULU	RRENCIA.								HURA:	
									A.	٩.
									P,I	4,
										_
			, etc. + 41			ARES DEL SINIE	STRO			
			,,,,	2,1 AS	SEGURA	DO AFECTADO				_
APELLIDOS Y NOMBRES:						CEDULA	E IDENTIDAD:	PARENTESCO:		
FECHA DE NACI	MIENTO: LE	DAD:	SEXO:	ESTADO CIVIL:			I BRUBA	CIÓN ACTUAL:		_
וויייייייייייייייייייייייייייייייייייי		520.						CION ACIDAC.		,
			_ M F	SOLTERO CA	BADO	DIVORCIADO OTI	ROS			
		1		2.2.5		DE AGRIDENTE				_
DESCRIPCIÓN C	ЭЕ СОМО ОСЬ	URRIO E	L SINIESTRO EN CAS		LASU	DE ACCIDENTE				
						`				
	N	OTA: A	NEXAR DECLARAC	IÓN DEL HECHO Y RA	DIOGRAFIA	AS PRE-OPERATORIA	S Y POST-O	PERATORIAS SI L	AS HUBO	_
				N DEL ASEGURADO				DE RECIBIDO:		Т
AUTORIZO AL ABE	GURADDR, PAR	A BOLICI	TAR DE LA CLÍNICA Y/O N	IÉDICOS, LA HISTORIA CLÍNICA	LU OTROS DO	CUMENTOS NECESARIOS PARA	.			
				ER BERVICIO MÉDICO AL QUE						
	FECHA			FIRMA D	EL ASEGURA	ADD				

		3ABA 855				MEDICO TOATA	NTF.
APELLIDOS Y NOMBRES	DEL MEDICO:	ARA BER LLE	NADO Y FIRI	ESPECIALIDAD:	MENIE POR EL	MEDICO TRATAI	N° C.M.
INSTITUCIÓN HOSPITALA	ARIA:						TELEFONO:
Nº HISTORIA MEDICA:			MOTIV	O DE LA HOSPITALI	ZACION:		FECHA HOSPITALIZACION:
	INTERVE	ENCIÓN QUIRURGICA				RNIDAD ACCIDENTE	
	_						
	•			3.1 MATERN	IDAD		
FECHA DEL EVENTO:	1						
		PARTO	NORMAL	FORCEPS	CESAREA	CURE	TAJE GEMELAR
			3.2 E	NFERMEDAD	O LESION		
LA ENFERMEDAD TRATAC	DA ACTUALMENTS	ES CONSECUENCIA	DESOE QUE FEC			DE LA TRA CONSULTA:	TIEMPO DE EVOLUCION:
DE UNA ANTERIDRY	B1 ;	МО		i se Veg			
APELLIDOS Y NOMBRES	DEL MEDICO QUI	E LO REFIRIO:		<u> </u>	ESPECIA	ALIDAO:	
			Y 1 6.				
				•			Market Control of the
DESCRIPCIÓN DE LA ENF	FERMEDAD & LES	SIONES:			100	5.0	
		•	,		1 m		
			**		•	•	
			,	.,		9 3	
				49,54	11 m	1	
	•	,		1111		4 H	
TRATAMIENTO O INTERV	ENCIÓN QUIRÚRI			" +			
		5:					
	** 1		•	V4.4	61		
TIPO DE CIRUDÍA:		FECHA:		HORA:		DURACI	ÓN:
CIRUSÍA MAYOR	CIRUGÍA M	1 1 1			9 h	' '	
				ty e finite (:	·
		er Co				*	
	4.5	.*					
	*	•	: : : : : : : : : : : : : : : : : : :		•		
		* .		#: To .			
				·			
FEC	CHA	4	i	FIRMA DEL	150160		CEDULA DE IDENTIDAD
4. PAR/	A SER LLEN	NADO POR LA	CLINICA U F	IDSPITAL (DE	CLARACIÓN D	EL DIRECTOR O	ADMINISTRADOR)
)						
YO,						*	ALARIA DENOMINADA
		_ EN LA CIUDAD D		TEL	EFONO:		A AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO
DE SANIDAD Y ASIS	TENCIA SOCIA	L N° DE FE	ECHA	RIF N°	<u> </u>	CODIGO DE AFILIACI	ÓN N° HAGO
CONSTAR QUE LOS	GASTOS QUE	SE DETALLAN EN			ON EXACTAMENTE	LOS QUE INCURRIO E	N ESTE CENTRO EL PACIENTE
			N MOTIVO DE S	TRATAMIENTO		,	FUE
HOSPITALIZADO EL	DE		A LAS	HORAS.			· -
			A LAB			, ;	1 · · ·
		· , .				FIDMA DEL DIGE	TOP O ADMINISTRADOR
		5. PAR	A SERILEN	ADD POR SE	GUROS QUALI		TOR O ADMINISTRADOR
OBSERVACIONES DEL ME	EDICO DEL ASEG		A SER LLEN	ADD POR SE	GUROS QUALI		TOR D ADMINISTRADOR