

Fecha Recepción

Nro Recepción

Nro. Siniestro

Declaración de Siniestros

Es indispensable para la tramitación de su reclamo la presentación de FACTURAS ORIGINALES PAGADAS que cumplan con las disposiciones del SENIAT. Si desea la devolución de las facturas originales, debe anexar fotocopias de las mismas.

Datos del asegurado / afectado				
KANALAND IMPT			III-lies - Service Care Communication	
Ramo Póliza:	cc. Pers. 🗌 Vida 📗 Funerarios	Póliza Nro.	Certificado Nro.	
Apellidos y N	ombres del Asegurado Titular	Cédula de Identidad E V	Fecha de Nacimiento	
Dirección				
	ombres del Afectado o Paciente	EUVU	Fecha de Nacimiento	
Parentesco conyuge	on el Titular Hijo	Otros Edad	Sexo M	
Lugar y Fecha de Ocurrencia del Siniestro Diagnóstico:				
Monto Factur	as Presentadas	Bs. Nro. Documer	ntos entregados	
"Tiene el Beneficiario otra(s) póliza en vigor" En caso afirmativo indicar el nombre de la compañía de Seguros y fecha de contratación de la Póliza.				
Nombre de la	Clínica	R.I.F.	Localidad	
Apellido y No	mbre del Médico Tratante	R.I.F.	Localidad	
Sirvase a emi	tir el cheque a Nombre de:		Cedula de Identidad	
Autorizo a mi productor de seguros a retirar de las oficinas de SEGUROS VENEZUELA, C.A., el cheque de indemnización del presente siniestro. Si No				
Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento e igualmente autorizo a todos los médicos, personas afines y a todas aquellas Clínicas u otras instituciones que me hayan atendido, para que suministren información completa (adjuntando copia de sus archivos) en relación con este reclamo a SEGUROS VENEZUELA, C.A.				
Firma d	lel Titular Afe	ectado o Paciente	Fecha	
Datos a ser lienados por la empresa contratante				
Nro_ Familiar Dep Añ	que el Paciente, _,contratada por_ endiente en el Certificado N io, habiendo ingresado o, y que en la fecha de o able.	el Titular a la Co	figura como Titular o _ desde el DíaMes ompañía el DíaMes	
			/_/	
Firma Autor	izada Contratante Sello	de la Empresa	Fecha	

clínica	Informe médico amplio y detallado de la enfermedad, Intervención Quirúrgica, Hospitalización, que indique tiempo y evolución de la misma. Anexar al presente resultados de los exámenes y Estudios realizados. Sello de la Clínica.				
el médico interventor y					
inter					
dico					
el mé					
por	Diagnóstico:				
snado	Olfaire				
Para ser llenado	Clínica Sello de la Clínica				
Para	Mediante la presente autorizo a la Compañía SEGUROS VENEZUELA a la revisión de la Historia médica de la Intervención Quirúrgica practicada y/o hospitalización. Y autorizo al médico tratante a suministrarla.				
	Firma del Médico Nº Colegio de Médicos Nº M.S.A.S. Fecha de				
- HCM	Carta Narrativa del Accidente, la cual indica fecha, ubicación y evolución de como ocurrieron los hechos. Anexar a la presente Informe de las autoridades competentes que intervienen en el caso exámenes, Rayos X, Fotocopia de la C.I. Informe Autopsia.				
- Vida					
Personales					
Accidentes Pe	Fecha de de Firma del Afectado				
	causa de Fallecimiento:				
Funerarios / Vida	Anexar los siguientes documentos:				
rario	Infor. Autoridades Competentes Partida de Nacimiento de los Beneficiarios				
Fune	Acta de Defunción Fotocopia de la Cédula C.I. Titular / Beneficiario Recorte de Prensa Factura de la Funeraria				
	Fecha de Firma del Responsable:				
L	Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio Nº 1895 de fecha 22-02-2001				