



NUEVOMUNDO
Seguros

PÓLIZA N°	
SINIESTRO N°	FECHA DE SINIESTRO

TIPO DE PÓLIZA:

INDIVIDUAL
 COLECTIVO

Agradecemos que esta solicitud sea completada en todas sus partes con letra legible o de imprenta, ya que es soporte fundamental en el análisis de reclamo

PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO

I. DATOS DEL TITULAR / CONTRATANTE

APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL :			
V	C.I. O RIF.	TELÉFONO:	FECHA DE NACIMIENTO O DATOS DEL REGISTRO:
E			
DIRECCIÓN: (AVENIDA / CALLE)			
RES. / QTA:	PISO:	APTO:	URB:
	CIUDAD:	MUNICIPIO / ESTADO:	
TELÉFONO:	FAX:	E-MAIL:	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PRODUCTOR:			
			CÓDIGO DEL PRODUCTOR:

II. DATOS DEL ASEGURADO BENEFICIARIO

APELLIDOS Y NOMBRES :			
V	C.I. O RIF.	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: SEXO:
E			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PARENTESCO CON EL TITULAR:		¿TIENE EL BENEFICIARIO OTRA (S) PÓLIZAS DE HCM?	
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE COMPAÑÍA (S) Y N° DE PÓLIZA (S):			
CAUSA DE LA ATENCIÓN MÉDICA:		¿ES UNA SECUELA?	¿CUÁNDO COMENZÓ?
ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	MATERNIDAD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

EN CASO DE ACCIDENTE, DESCRÍBALO:		
TESTIGOS DEL HECHO:		
¿CUÁNDO Y DÓNDE OCURRIÓ?	SI ANTERIORMENTE RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA POR EL MISMO MOTIVO, DÉ DETALLES:	
	NOMBRE DEL MÉDICO:	FECHA DE ATENCIÓN:
SI HA HABIDO ALUMBRAMIENTO. ¿DESEA UD. INCLUIR EN LA PÓLIZA AL RECIEN NACIDO?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE (S):

INFORMACIÓN BÁSICA REQUERIDA PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO INTERVENTOR O TRATANTE
III. DATOS DEL MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES :			
V	C.I. O RIF.	MATRÍCULA M.S.A.S.:	TELÉFONO (S):
E			
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA CLÍNICA:			
NOMBRE(S) DE OTROS MÉDICO(S) QUE ATENDIÓ(ERON) AL PACIENTE:			FECHA DE INTERVENCIÓN O COMIENZO DEL TRATAMIENTO:
¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO ACTUAL?:			
ANTECEDENTES PERSONALES RELACIONADOS O NO CON LA PATOLOGÍA: (Indique la fecha de comienzo)			
HITA	<input type="checkbox"/>	ASMA	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>		
ESPECIFIQUE Y DÉ DETALLES:			
DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S) DE EGRESO:			
FECHA DE INGRESO AL CENTRO HOSPITALARIO:	FECHA DE EGRESO:	TIPO DE ASISTENCIA:	
		CIRUGÍA <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO AMBULATORIO <input type="checkbox"/>	
TRATAMIENTO MÉDICO <input type="checkbox"/>	CON HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	¿HA SUFRIDO EL PACIENTE DE SIMILAR DOLENCIA?	EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE SÍNTOMAS Y FECHAS EN QUE ÉSTOS SE MANIFESTARON:
	SIN HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿ESTA ENFERMEDAD ESTÁ RELACIONADA CON OTRA QUE HAYA PADECIDO EL PACIENTE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DETALLE:	

IV. EN CASO DE CIRUGÍA

CAUSA (S) DE LA OPERACIÓN Y DÉ DETALLES:	
	TIPO DE ANESTESIA:
INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DONDE SE PRACTICÓ:	
¿CUÁNDO SE ORIGINÓ LA CAUSA DE LA OPERACIÓN?:	¿ES CONSECUENCIA DIRECTA DE OTRA ENFERMEDAD U OPERACIÓN?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

V. EN CASO DE MATERNIDAD

TIPO DE PROCEDIMIENTO:		EDAD GESTACIONAL:	FECHA DE PARTO:	SEXO RECIÉN NACIDO:
PARTO NORMAL: <input type="checkbox"/>	CESÁREA: <input type="checkbox"/>	FORCEPS: <input type="checkbox"/>	ABORTO: <input type="checkbox"/>	OTRO: <input type="checkbox"/>
¿HA TENIDO PARTOS ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿INDIQUE CUÁNTOS?	A LA ASEGURADA SE LE HA PRACTICADO ANTERIORMENTE ALGUNA INTERVENCIÓN OBSTÉTRICA O GINECOLÓGICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESPECIFIQUE:
INDIQUE FECHA:	TIPO DE INTERVENCIÓN:			

VI. EN CASO DE ACCIDENTE

FECHA DEL SINIESTRO:	DESCRIBA EL ACCIDENTE Y TIPO DE LESIONES:

VII. EN CASO DE SERVICIO AMBULATORIO

INDIQUE EL DIAGNÓSTICO:
TRATAMIENTO EFECTUADO (DE DETALLES):
A SU JUICIO, ¿CUÁNDO SE INICIÓ LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD O DOLENCIA SIN QUE APARECIERAN SÍNTOMAS? (FAVOR DÉ DETALLES)

VIII. DECLARACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO

Yo, _____ Cédula de Identidad N° _____ en mi condición de representante autorizado de: _____ declaro que _____ Cédula de Identidad N° _____ de _____ años de edad, de sexo _____, ha estado hospitalizado(a) en este instituto durante _____ días, desde el _____ hasta el _____ y ha sido anotado(a) en el libro de Registro previsto por el Artículo N° 8 del Registro de Clínicas, con fecha _____. Los gastos en que incurrió, según facturas y comprobantes anexos N° _____, fueron Bolívares _____ (Bs. _____)

Declaro que las informaciones que anteceden son verídicas y exactas. Autorizo a todos los médicos, personas afines e instituciones hospitalarias que hayan atendido a los beneficiarios de los servicios prestados a proporcionar a Seguros Nuevo Mundo S.A., las informaciones que ésta considere necesarias para la mejor evaluación de este caso.

EN: _____ EL: _____ DE _____ DEL AÑO _____

FIRMA DEL MÉDICO

C.I.

FIRMA DEL ASEGURADO-TITULAR

SELLO DE LA CLÍNICA

FIRMA DEL ASEGURADO-BENEFICIARIO

Nota: Si los datos e información requeridas en esta Solicitud no fueron proporcionada completamente, su tramitación quedara diferida hasta tanto se cumpla con dicho requisito.

