



CLAVE DE AUTORIZACIÓN:	N° SINIESTRO:
------------------------	---------------

DECLARACIÓN DE SINIESTROS

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

EN TODOS LOS CASOS

FORMA "DECLARACIÓN DE SINIESTROS" N° COMPLETAMENTE LLENA POR EL 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.

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

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

PARA LOS CASOS DE MATERNIDAD

PRESENTAR EN FORMA CONJUNTA: FACTURAS ORIGINALES Y FOTOCOPIAS DE LAS MISMAS, LEGALMENTE ACEPTABLES DEBIDAMENTE CANCELADAS, POR GASTOS DE CONSULTAS PRE Y POST-NATALES, ECOSONAGRAMAS, PARTO NORMAL, CESÁREA, ABORTO ESPONTÁNEO O PROVOCADO.

PARA CASOS AMBULATORIOS Y EN LOS CASOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN QUE LOS HONORARIOS MÉDICOS 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 PROCESARÁ EL CASO Y LA POLIZA SERÁ ANULADA.

CODIGO Y SUCURSAL DEL RECLAMO:		CODIGO Y DESCRIPCIÓN DEL RAMO:	
POLIZA (S):		CERTIFICADO (S) / RECIBO (S):	
CODIGO:	APELLIDOS Y NOMBRES DEL PRODUCTOR:		TELÉFONO:
1.- DATOS BASICOS DEL SINIESTRO			
CEDULA DE IDENTIDAD DEL TITULAR:		APELLIDOS Y NOMBRES DEL TITULAR:	
FECHA DE OCURRENCIA:	FECHA DE DECLARACIÓN:	TELÉFONO DONDE PUEDA UBIGARSE:	
SI PERTENECE A UNA POLIZA COLECTIVA INDIQUE LA EMPRESA CONTRATANTE:			
ESTADO DONDE OCURRIÓ EL SINIESTRO:		CIUDAD DONDE OCURRIÓ EL SINIESTRO:	
LUGAR DE OCURRENCIA:			HORA: _____ A.M. _____ P.M.
2. DATOS PARTICULARES DEL SINIESTRO			
2.1 ASEGURADO AFECTADO			
APELLIDOS Y NOMBRES:		CEDULA DE IDENTIDAD:	PARENTESCO:
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> OTROS
		OCUPACIÓN ACTUAL:	
2.2 EN CASO DE ACCIDENTE			
DESCRIPCIÓN DE CÓMO OCURRIÓ EL SINIESTRO EN CASO DE ACCIDENTE:			
NOTA: ANEXAR DECLARACIÓN DEL HECHO Y RADIOGRAFÍAS PRE-OPERATORIAS Y POST-OPERATORIAS SI LAS HUBO			
AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO		SELLO DE RECIBIDO:	
AUTORIZO AL ASEGURADOR, PARA SOLICITAR DE LA CLÍNICA Y/O MÉDICOS, LA HISTORIA CLÍNICA U OTROS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DE CUALQUIER SERVICIO MÉDICO AL QUE FUERE SOMETIDO.			
_____ FECHA		_____ FIRMA DEL ASEGURADO	

