

Para ser llenado por el médico interventor y 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.

Diagnóstico:

Clínica

Sello de la Clínica

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.

Fecha ____ de ____ de ____

Firma del Médico

Nº Colegio de Médicos
Nº M.S.A.S.

Accidentes Personales - Vida - 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.

Fecha ____ de ____ de ____

Firma del Afectado

causa de Fallecimiento:

Funerarios / Vida

Anexar los siguientes documentos:

- | | |
|--------------------------------|--|
| Infor. Autoridades Competentes | Partida de Nacimiento de los Beneficiarios |
| Acta de Defunción | Fotocopia de la Cédula |
| C.I. Titular / Beneficiario | Recorte de Prensa |
| Factura de la Funeraria | |

Fecha ____ de ____ de ____

Firma del Responsable:

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio Nº 1895 de fecha 22-02-2001