

Nro. DE PÓLIZA:
Nro. DE RECLAMO:
Nro. R.U.S.S. DEL TITULAR:

DECLARACIÓN DE RECLAMO DE SEGURO SOLIDARIO

DATOS DE LA PÓLIZA

Salud Accidente personales Funerario

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR - TOMADOR

Primer apellido:	Segundo apellido o de casada:
Primer nombre:	Segundo nombre:
Nro. de Cédula de identidad /Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de nacimiento:

DECLARACIÓN

Datos del Asegurado afectado

Primer apellido:	Segundo apellido o de casada:
Primer nombre:	Segundo nombre:
Nro. de Cédula de identidad /Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Estado civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:	

Parentesco con el Asegurado Titular:
 Cónyuge Hijo(a) Progenitor(a) Otro, especifique:

Dirección de habitación/calle/avenida:	Urbanización/sector:
--	----------------------

Casa/Edificio:	Piso:	Apartamento Nro.:	Ciudad:
----------------	-------	-------------------	---------

Municipio:	Estado:	Código postal:
------------	---------	----------------

Teléfono habitación: ()	Teléfono celular: ()	Teléfono oficina: ()	Fax: ()
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------

Dirección de correo electrónico personal:

Dirección de correo electrónico laboral:

DATOS DEL RECLAMO

Fecha de ocurrencia del hecho:	Hora: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Lugar de la ocurrencia del hecho:
--------------------------------	--	-----------------------------------

Causa de la reclamación:
 Enfermedad Maternidad Accidente Fallecimiento

Descripción del hecho (En caso de accidente indicar la autoridad que actuó en el suceso, si así fuere):

DATOS DE OTROS CONTRATOS QUE AMPARAN EL MISMO RIESGO

¿El Asegurado afectado se encuentra amparado por otro seguro o plan?: Sí No

Empresa:	Nro. Contrato:	Monto de la cobertura:	Deducible:
----------	----------------	------------------------	------------

Titular del contrato:	Nro. de Cédula de identidad /Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E
-----------------------	--

¿Está actualmente tramitando una solicitud por concepto de reembolso en otra Empresa? Sí No

En caso afirmativo indique: Nombre de la empresa:	Fecha de tramitación:
---	-----------------------

Declaro que las informaciones suministradas al Asegurador, son verdaderas, completas y servirán de base para el cálculo de la indemnización aquí solicitada. Autorizo a los médicos y a la Institución Hospitalaria a proporcionar sin reservas la información requerida en esta planilla, así como cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes, que el Asegurador estime necesaria.

Lugar y fecha de declaración:	Firma del declarante:
-------------------------------	-----------------------

INFORME DEL ADMINISTRADOR DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Nro. C.I.:	Apellidos:	Nombres:
------------	------------	----------

Nombre de la institución hospitalaria:	R.I.F. Nro. institución hospitalaria:
--	---------------------------------------

Declaro que el Sr.(a):

Portador de la cédula de identidad Nro.:	Fecha de nacimiento:	Edad:
--	----------------------	-------

Ha sido atendido(a) u hospitalizado(a): durante:	días.	Desde la fecha:	Hasta la fecha:
--	-------	-----------------	-----------------

Generando gastos que ascienden a Bs.:

Lugar y fecha:	Firma del administrador y sello de la institución hospitalaria:
----------------	---

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y apellido:	Nro. C.I.:	Código colegio médico:
--------------------	------------	------------------------

Dirección:	Teléfono institución hospitalaria: ()
------------	---

Nombre del paciente:	Sexo:	Edad:
----------------------	-------	-------

1. ¿Cuál fue el diagnóstico?(detallar origen y motivos):

2. ¿Cuándo empezó a su juicio, la evolución de esta enfermedad sin que aparecieran los síntomas?(detallar):

3. ¿En qué fecha aparecieron los síntomas de la dolencia que motivó la hospitalización u operación?(detallar):

4. Motivos y/o causas de la operación y/u hospitalización:

5. ¿Sufrió el paciente anteriormente de similar o parecida dolencia?: Sí No (Especificar síntomas y fecha en que éstas se manifestaron):

6. En caso de ser accidente, fecha y circunstancias del mismo:

7. Fecha de intervención o tratamiento:

8. Intervención o tratamiento efectuado (detallar):

9. Resultados de anatomía patológica:

10. Institución donde se efectuó:

11. Si la hospitalización se extendió por complicaciones propias del paciente, detallar las causas:

12. Honorarios médicos según facturas que se acompañan Bs.:

Lugar:	Fecha:	Firma del médico tratante:
--------	--------	----------------------------

INFORME DEL REPRESENTANTE DE LA FUNERARIA

Nro. C.I.:	Apellidos:	Nombres:
------------	------------	----------

Nombre de la funeraria:	R.I.F. Nro. funeraria:
-------------------------	------------------------

Declaro que el Sr.(a):

Portador de la cédula de identidad Nro.:	Fecha de nacimiento:	Edad:
--	----------------------	-------

Recibió servicios funerarios en fecha:

Generando gastos que ascienden a Bs.:

Lugar y Fecha:	Firma del representante y sello de la funeraria:
----------------	--

DATOS PARA SER LLENADOS POR LA EMPRESA DE SEGUROS

Sucursal de emisión de la póliza:

Sucursal receptora del reclamo:

Nro. R.U.S.S. del Asegurado afectado:

Resultado del análisis del reclamo:

Aprobado Rechazado

Causas de rechazo:

Firma del representante de la empresa de seguros :

Sello :

Fecha: