



Declaración de Reclamo de Seguro Solidario

Nº DE PÓLIZA:

Nº DE RECLAMO:

Nº R.U.S.S. DEL TITULAR:

DATOS DE LA PÓLIZA			
<input type="checkbox"/> Salud		<input type="checkbox"/> Accidente personales	
<input type="checkbox"/> Funerario			
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR - TOMADOR			
Primer apellido:		Segundo apellido o de casada:	
Primer nombre:		Segundo nombre:	
Nº 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:	
Nº 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: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Progenitor(a) <input type="checkbox"/> Otro, especifique:			
Dirección de habitación calle/Avenida:			Urbanización/Sector:
Casa /Edificio:	Piso:	Apartamento Nº:	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: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Empresa:	Nº Contrato:	Monto de la cobertura:	Deducible:
Titular del contrato:		Nº 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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

Nº C.I.:	Apellidos:	Nombres:
----------	------------	----------

Nombre de la institución hospitalaria:	Nº Rif institución hospitalaria:
--	----------------------------------

Declaro que el Sr.(a):

Portador de la cédula de identidad Nº:	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:	Nº C.I.:	Código colegio médico:
--------------------	----------	------------------------

Dirección:	Telf. 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

Nº C.I.:	Apellidos:	Nombres:
----------	------------	----------

Nombre de la funeraria:	Nº Rif funeraria:
-------------------------	-------------------

Declaro que el Sr.(a):

Portador de la cédula de identidad Nº:	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:	
N° R.U.S.S. del Asegurado afectado:			
Resultado del análisis del reclamo: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado			
Causa del rechazo:			
Firma del representante de la empresa de seguros:		Sello:	Fecha: