



COMPAÑÍA ANÓNIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA- MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACION Y FINANZAS BAJO EL N° 118 - R.I.F. J-30668450-6. AV. FRANCISCO DE MIRANDA CON 4ta AVENIDA, TORRE SEGUROS QUALITAS, LOS PALOS GRANDES, CARACAS, DISTRITO CAPITAL. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL SEGUNDO DE LA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DEL DISTRITO FEDERAL Y ESTADO MIRANDA, EN FECHA 4 DE ENERO DE 2000, BAJO EL N° 25, TOMO 1-A-SGDO.

## DECLARACIÓN DE SINIESTROS

**Tipo de Seguro** HCM  Acc. Pers.  Vida  Funerarios  Patronal  Empresarial

Fecha de Declaración: / / N° Póliza: Vigencia: Desde 12M. D M A Hasta 12M. D M A

**Tipo de Póliza:** Individual  Colectiva  Oficina:

### A.- DATOS BASICOS DEL SINIESTRO

C.I. N°/ Pasaporte: Apellidos y Nombres del Titular:

Fecha de Ocurrencia: Hora de Ocurrencia: Lugar de Ocurrencia: Causa del Siniestro:

Empresa Contratante (En caso de póliza colectiva):

### B.- DATOS PARTICULARES DEL SINIESTRO / ASEGURADO AFECTADO

Apellidos y Nombres: Cédula de Identidad: Parentesco:

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M  F

Estado Civil: Ocupación Actual: Teléfono: E-mail:

Monto de las Facturas: Cantidad de Documentos Consignados:

### C.- DATOS DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

Apellidos y Nombres: Código: Teléfono:

#### Autorización del Asegurado

#### Sello de Recibido

Autorizo a SEGUROS QUALITAS C.A, para solicitar de la Clínica y/o Médicos, la historia médica u otros documentos necesarios para la revisión y aprobación de cualquier servicio médico al que fuere sometido

Fecha

Firma del Titular

Firma del Afectado

### D.- PARA SER LLENADO UNICAMENTE POR EL MEDICO TRATANTE

Apellidos y Nombres del Médico: N° M.S.A.S N° C.M

Institución Hospitalaria: Teléfono: N° Historia Médica Fecha Hospitalización:

Motivo de la Hospitalización:

### MATERNIDAD

Fecha del Evento: Parto Normal  Fórceps  Cesárea  Curetaje  Gemelar

### ENFERMEDAD O LESION

¿La enfermedad tratada es consecuencia de una anterior? Si  No  Desde que fecha la padece: Fecha de 1ra consulta: Tiempo de evolución:

Apellidos y Nombres del médico que lo refirió: Especialidad:

Descripción de la enfermedad o lesión:

Tratamiento o Intervención Quirúrgica Efectuada:

Tipo de Cirugía: Cirugía Mayor <input type="checkbox"/> Cirugía Menor <input type="checkbox"/>		Fecha	Hora	Duración
_____		_____	_____	_____
<b>Fecha</b>	<b>Firma del Médico</b>	<b>Cédula de Identidad</b>		
<b>E. EN CASO DE FALLECIMIENTO</b>				
Causa del Fallecimiento:				
<b>F.- PAGO DE SINIESTRO VÍA TRANSFERENCIA BANCARIA</b>				
Autorizo a depositar en la cuenta: <b>Corriente</b> <input type="checkbox"/> <b>Ahorro</b> <input type="checkbox"/> <b>Nro</b> _____				
<b>pertenciente a</b> : _____ <b>C.I N°</b> _____				
<b>del Banco</b> _____ el importe correspondiente al pago del siniestro aquí declarado.				
_____ <b>Firma del Tomador y/o Asegurado</b>				
<b>G.- PARA SER LLENADO POR SEGUROS QUALITAS C.A.</b>				
<b>Observaciones del Médico de la Empresa de Seguros:</b>				
Nombre del Médico Auditor:				
Código y Sucursal del Reclamo:			Código y Descripción del Ramo:	
Póliza:			Recibo:	
Cobertura Afectada:			Analista de Reclamos:	
<b>PARA PROCEDER A TRAMITAR EL RECLAMO ES INDISPENSABLE, DE ACUERDO AL TIPO DE SEGURO, PRESENTAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN EN ORIGINAL Y DOS (2) COPIAS:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planilla de Declaración de Siniestros completamente llena.</li> <li>• Informe médico, facturas, récipes de indicación médica (En originales). Concernientes a gastos médicos y de farmacia.</li> <li>• Ordenes de exámenes practicados con sus respectivos resultados.</li> <li>• En caso de Accidentes, carta elaborada por el asegurado y/o beneficiario indicando fecha, lugar y circunstancias en las que se produjo el accidente. Informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si fuera el caso).</li> <li>• En caso de muerte, acta de defunción y declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte (Certificación de defunción).</li> <li>• Copia de la Cédula de Identidad o Partida de Nacimiento del Asegurado.</li> <li>• Copia de la Cédula de Identidad del Beneficiario</li> <li>• Declaración de Herederos Universales (si fuera el caso).</li> <li>• En el caso de las pólizas de Accidentes Personales para los gastos por servicios funerarios, el interesado deberá consignar original y fotocopia de las facturas de los gastos por servicios funerarios prestados y pagados a los proveedores de dichos servicios. Cuando el Asegurado fallecido reciba los servicios funerarios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano y selladas por el Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela del país donde se prestaron los servicios.</li> <li>• En caso de Incapacidad, informe médico amplio y detallado.</li> </ul>				
<b>Nota: La Empresa de Seguros 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 póliza será anulada.</b>				
_____ <b>Ciudad y Fecha</b>				
_____ <b>Firma del Tomador</b>		_____ <b>Firma del Titular</b>		_____ <b>Firma del Intermediario de Seguros</b>