



**SEGUROS
VENEZUELA, C.A**

R.I.F.: J-00034036-6

Inscrita en el Ministerio de Fomento bajo el N° 24

Fecha de Recepción
Nro. de Recepción
Nro. de Siniestro

Declaración de Siniestros

Es indispensable para la tramitación de su reclamo la presentación de FACTURAS ORIGINALES PAGADAS que cumplan con las disposiciones del SENIAT. Si desea la devolución de las facturas originales, debe anexar fotocopias de las mismas.

Datos del asegurado / afectado

Ramo Póliza: HCM <input type="checkbox"/> Acc.Pers <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Funerarios <input type="checkbox"/>	Póliza Nro.	Certificado Nro.
Apellidos y Nombres del Asegurado Titular	Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento
Dirección		
Apellidos y Nombres del Afectado o Paciente	Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento
Parentesco con el Titular: Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Edad	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Lugar y Fecha de ocurrencia del Siniestro	Diagnóstico	
Monto Facturas Presentadas _____ Bs.	Nro. de Documentos entregados	
"Tiene el Beneficiario otra(s) póliza en vigor" Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar el nombre de la compañía de Seguros y fecha de contratación de la Póliza	
Nombre de la Clínica	R.I.F.	Localidad
Apellidos y Nombres del Médico Tratante	R.I.F.	Localidad
Sírvase a emitir el cheque a Nombre de:	Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
Autorizo a mi productor de seguros a retirar de las oficinas de SEGUROS VENEZUELA, C.A., el cheque de indemnización del presente siniestro. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento e igualmente autorizo a todos los médicos, personas afines y a todas aquellas Clínicas u otras instituciones que me hayan atendido, para que suministren información completa (adjuntando copia de sus archivos) en relación con este reclamo a SEGUROS VENEZUELA, C.A.		
_____	_____	_____
Firma del Titular	Afectado o Paciente	Fecha
Datos a ser llenados por la empresa contratante		
Hago constar que el Paciente, _____, beneficiario de la Póliza Nro. _____, contratada por _____ figura como Titular o Familiar Dependiente en el Certificado Nro. _____ desde el Día ____ Mes ____ Año _____, habiendo ingresado el Totular a la Compañía el el Día ____ Mes ____ Año _____, y que en la fecha de ocurrir este tratamiento, el Titular es miembro del grupo Asegurable.		
_____	_____	_____
Firma Autorizada Contratante	Sello de la Empresa	Fecha

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	
Fecha ___ de _____ de _____	Firma del Médico N° Colegio de Médicos N° 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
Funerarios / Vida	
Causa de Fallecimiento:	
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

