

Clave de Autorización: _____

N° de Siniestro: _____

N° de Póliza: _____

- Favor llenar con letra de molde o preferiblemente mecanografiada, toda la información aquí solicitada.
- Todo original de comprobante de pago, facturas, debe adjuntarse necesariamente a este formulario para la consideración del caso.
- Si desea devolución de facturas originales favor anexar fotocopias.
- En caso de accidente anexar declaración elaborada por el asegurado de: cómo ocurrió, certificación de la autoridad competente cuando corresponda, y radiografías si hubo fracturas.

1. Datos Básicos del Siniestro

Apellidos y Nombres del Asegurado Titular:				
C.I.:	V	E	Fecha de Ocurrencia:	Fecha de Declaración:
Teléfono donde pueda ubicarse:				

Si pertenece a una Póliza Colectiva indique la empresa contratante: _____

Estado donde ocurrió el siniestro: _____ Ciudad donde ocurrió el siniestro: _____

Lugar de ocurrencia: _____ Hora: _____ a.m. p.m.

2. Datos Particulares del Siniestro

2.1 Asegurado Afectado

Apellidos y Nombres:							C.I.:	V	E		
Parentesco:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	M	F	Estado Civil:	S	C	V	D	Otro
		/	/								
Ocupación actual:											

2.2 En caso de Accidente

Descripción de cómo ocurrió el siniestro en caso de accidente: _____

Si hubo testigos presenciales del hecho, indique los siguientes datos:

Apellidos y Nombres	Dirección	Teléfono

Nota: Anexar declaración del hecho y radiografías pre-operatorias y post-operatorias si las hubo.

2.3 Modalidad de Pago

El pago se realizará a través del Banco indicado a continuación, siempre y cuando la cuenta esté a nombre del Titular de la póliza; en caso de estar incompleta la información se procederá a efectuar el pago vía Cheque. Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Transferencia Bancaria o Abono en Cuenta (Cuenta perteneciente al titular de la póliza).

Banco	N° de Cuenta	Tipo de Cuenta

Cheque (A nombre del titular de la póliza).

Así mismo declaro que en caso de que proceda el reclamo o reembolso aquí solicitado, y éste me sea efectuado mediante la modalidad antes indicada, la empresa de seguros, quedará hasta por el monto que me sea pagado, libre de toda responsabilidad, respecto de las pérdidas y/o daños sufridos a causa del siniestro aquí declarado.

Autorización del Asegurado:

Autorizo sin reserva al médico que me haya atendido y a la institución hospitalaria, a proporcionar a la empresa de seguros la información que más adelante se especifica o cualquier otra que ésta solicite con relación a esta reclamación.

Sello de Recibido:

Fecha:

Firma del Asegurado

3. Para ser llenado y firmado únicamente por el médico tratante

Apellidos y Nombres del médico: _____

N° M.S.A.S.: _____ N° C.M.: _____ Institución Hospitalaria: _____

_____ Teléfono: _____ N° de Historia Médica: _____

Motivo de la Hospitalización: Enfermedad Maternidad Accidente Ambulatorio Fecha Hospitalización: _____

3.1 Maternidad

Fecha del Evento: ____/____/____ Parto Normal Fórceps Cesárea Curetaje

3.2 Enfermedad o Lesión

¿La enfermedad tratada actualmente es consecuencia de una anterior? Sí No Desde que fecha la padece: _____

Fecha de la primera consulta: _____ Tiempo de evolución: _____

Apellidos y Nombres del médico que lo refirió: _____

Especialidad: _____

Descripción de la enfermedad o lesiones: _____

Tratamiento o intervención quirúrgica efectuada: _____

Fecha: _____ Firma del Médico: _____ Cédula de Identidad: _____

4. Productor

Código:	Apellidos y Nombres del Productor:	Teléfono:
---------	------------------------------------	-----------

Para ser llenado por Seguros Caracas, C.A.

Observaciones del médico de la empresa de seguros: _____