

DECLARACION DE SINIESTRO DE SALUD

TIPO DE RECLAMO	EMERGENCIA <input type="checkbox"/>	CARTA AVAL <input type="checkbox"/>	REEMBOLSO <input type="checkbox"/>
DATOS DEL TITULAR			
NOMBRES Y APELLIDOS _____			
Nacionalidad	Venezolana <input type="checkbox"/>	Extranjera <input type="checkbox"/>	Numero de C.I. _____
DATOS DEL BENEFICIARIO			
NOMBRES Y APELLIDOS _____			
Nacionalidad	Venezolana <input type="checkbox"/>	Extranjera <input type="checkbox"/>	Numero de C.I. _____
Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Parentesco con el Afiliado Titular		
	Conyugue <input type="checkbox"/>	Hijo <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____
Dirección: _____			
Zona Postal:	Teléfono Local:	Teléfono Celular:	
Correo Electrónico: _____			
DATOS DEL SINIESTRO			
Fecha de Siniestro:	Causa de la Patología:	Hora:	Lugar:
Causa de la Reclamación: _____			
Descripción de la Reclamación: _____			
DATOS DE OTRAS COMPAÑIAS ASEGURADORAS Y/O ADMINISTRADORAS DE FONDOS			
¿Se encuentra usted amparado por otra Compañía Aseguradora y/o Administradora de Fondos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Compañía de Seguro / Administradora de Fondos:		Nº de Póliza:	% que cubre
Titular de la Póliza / Fondos Administrados:			Numero de C.I.
Esta actualmente, usted tramitando una solicitud por concepto de reembolso en otra Compañía Aseguradora y/o Administradora de Fondos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo indique: Nombre de la Compañía:			Fecha de Tramitación:

NOTA: En caso de accidente favor anexar carta narrativa del mismo, donde conste lugar y fecha de ocurrencia, causa, nombre y teléfonos de testigos si los hubiere, informe de Organismos Oficiales que intervinieron, cualquier otra información que nos permita verificar la veracidad del mismo.

Lugar y Fecha de Declaración _____ Firma del Titular _____

PARA SER LLENADO POR EL CENTRO DE SALUD

Causa de la Atención Médica:					
Enfermedad <input type="checkbox"/>		Accidente <input type="checkbox"/>		Maternidad <input type="checkbox"/>	
Tratamiento efectuado:			<input type="checkbox"/> Cirugía Menor <input type="checkbox"/> Cirugía Mayor		Tipo de Anestesia:
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Quirúrgico					<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Raquídea <input type="checkbox"/> Troncular
Diagnóstico de Ingreso:					
Diagnóstico definitivo o de Egreso:					
Fecha de la Enfermedad Actual			Considera usted profesionalmente que la enfermedad actual es consecuencia de otra padecida anteriormente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique fecha de la enfermedad anterior y especifique:		
Primera Consulta		Inicio de los Síntomas			
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Hubo exploraciones Radiológicas		Estudio de Anatomía Patológica		AGRADECEMOS ANEXAR LOS EXÁMENES CORRESPONDIENTES	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Objetivo del Tratamiento: <input type="checkbox"/> Cura Radical <input type="checkbox"/> Corrección de Defecto Congénito <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica					
<input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Cura Paliativa <input type="checkbox"/> Corrección de Defecto Adquirido <input type="checkbox"/> Cirugía Cosmética					
Otro _____					
Llenar en caso de Maternidad: <input type="checkbox"/> Parto Normal <input type="checkbox"/> Parto con Forceps <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Aborto					
Se efectuó esterilización: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRES		APELLIDOS		CÉDULA DE IDENTIDAD	
Firma del Médico		Código Colegio de Médicos	M.S.A.S.	Fecha	

Estimado doctor Incluir en este espacio informe medico detallado de la enfermedad, Intervención quirúrgica y hospitalización (si el espacio es insuficiente favor utilizar un anexo)

Documentos requeridos: Fotocopia C.I. del Titular o Beneficiario paciente, partida de nacimiento (menor de edad), Informe medico, Informe de la autoridades que intervinieron en el hecho (Accidente) originales facturas canceladas (clínica, Médicos, Farmacia, Laboratorio, RX, resonancias, tomografías etc.)