



SEGUROS ALTAMIRA, C.A.
 INSCRITO EN EL MINISTERIO DE FINANZAS BAJO EL No. 107
 R.I.F. No. J-300052236-9
 CAPITAL PAGADO 1.000.000.000,00

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO
 PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD**

¡MUY IMPORTANTE! Este formulario de reclamación debe ser completado en todas sus partes con letra de molde, en tinta, bolígrafo o máquina de escribir, sin tachaduras o correcciones. Toda reclamación deberá ser acompañada de las facturas originales, si las hubiere. **LA COMPAÑÍA** no procesará el reclamo que no cumpla los requisitos aquí exigidos, hasta tanto estos se completen.

Lugar		Fecha	
PARA SER CONTESTADO POR EL ASEGURADO TITULAR O RECLAMANTE DE LA INDEMNIZACIÓN			
Nombres Apellidos o Razón Social		Nro. de Cédula de Identidad o R.I.F.	Persona que administra la Póliza
Dirección		Teléfono(s)	E-mail
Ocupación y/o Índole		Capacidad Económica y/o Ingreso	
DATOS DE EL ASEGURADO AFECTADO QUE MOTIVA LA RECLAMACIÓN			
Nombres y Apellidos		Nro. de Cédula de Identidad	
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo
			F ___ M ___ C ___ S ___ D ___ O ___
Parentesco con el Asegurado Titular	Estatura	Peso	Cargo que ocupa
			Ocupación
Profesión	Fecha de Ingreso en la Empresa	¿ Vive con el Asegurado Titular? Si ___ No ___	¿ Depende económicamente del Asegurado Titular? Si ___ No ___
Dirección	Teléfono(s)		E-mail

Dirección	Teléfono
¿El paciente ha consultado a algún médico en los últimos dos (02) años?	Si _____ No _____
Nombre del médico consultado	
Si ha habido alumbramiento, ¿ desea incluir en la Póliza al recién nacido?	Si _____ No _____
Nombre del recién nacido	Fecha de Nacimiento
¿ Tiene EL ASEGURADO otras Pólizas de Seguros de Personas en LA COMPAÑÍA ?	
¿ Tiene EL ASEGURADO otras Pólizas de Seguros de Personas en otras Compañías?	¿ En cuál (es)? ¿ Qué Tipo de Seguro?
Detalles: Fecha de Contratación: Sumas Aseguradas	
Institución Médica que atiende o atendió al ASEGURADO afectado	
¿ Se encuentra hospitalizado? Si _____ No _____	Médico Tratante

Documentos Entregados	Marcar con una X
a) Original y copia de la(s) factura(s)	
b) Original del Cuadro Recibo de Póliza	
c) Fotocopia de la Cédula de Identidad y/o Partida de Nacimiento de EL ASEGURADO afectado	
d) Certificaciones y/o Informes Médicos	
e) Certificación Médica de la causa del fallecimiento	
f) Original y copia del Acta o Partida de Defunción	
g) Fotocopia de la Cédula de Identidad o RIF. Del Reclamante y de los Beneficiarios	
Observaciones Explicativas:	

Certifico que las respuestas que anteceden son ciertas y que las facturas adjuntas son auténticas y corresponde al siniestro aquí declarado; así mismo, autorizo a **LA COMPAÑÍA**, a recabar cualquier información médica o no, con las personas o instituciones que han atendido a **EL ASEGURADO afectado**.

Lugar y Fecha:

Firma del Declarante del Siniestro