



SEGUROS ALTAMIRA, C.A.
INSCRITO EN EL MINISTERIO DE FINANZAS BAJO EL No. 107
R.I.F. No. J-300052236-9
CAPITAL PAGADO 8.000.000.000,00

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

¡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 TITULAR O RECLAMANTE DE LA INDEMNIZACIÓN					
DATOS DE EL TOMADOR					
Nombres Apellidos o Razón Social			Nro. de Cédula de Identidad o R.I.F.		Persona que administra la Póliza
Dirección				E-mail	
Ocupación y/o Índole			Teléfonos		Fax
DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO QUE MOTIVA LA RECLAMACIÓN					
Nombres y Apellidos				Nro. de Cédula de Identidad	
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	
Profesión		Ocupación		Estatura	
Dirección				Teléfono(s)	
				E-mail	

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza Nro.	Certificado Nro.	Fecha de la Vigencia				Código de Ramo	Cuadro Recibo de Póliza
		Desde		Hasta			

Coberturas Suscritas

INFORME DEL SINIESTRO (Accidente)

¿Dónde, en qué fecha y a qué hora sucedió? (Lugar exacto)

Descripción del Accidente:

De ser posible indique las circunstancias (Explicar con todos los detalles)

¿Han levantado las autoridades acta del suceso?

¿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)? ¿Que 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 una X
a) Original y copia de la(s) factura(s)	
b) Original del Cuadro Recibo de la Póliza	
c) Acta o Partida de Defunción	
d) Fotocopia de la Cédula de Identidad y/o Partida de Nacimiento de EL ASEGURADO fallecido	
e) Certificación Médica de la causa del fallecimiento	
f) Certificaciones y/o Informes Médicos.	
g) Fotocopia de la Cédula de Identidad o RIF. del Reclamante y de los Beneficiarios	
Observaciones Explicativas:	
<p>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, con las personas o instituciones que han atendido a EL ASEGURADO afectado.</p> <p style="text-align: center;">Lugar y Fecha: Firma del Beneficiario</p>	
<p>Así mismo, yo, beneficiario de este reclamo, autorizo a los médicos e instituciones que han atendido a EL ASEGURADO afectado, ahora y en él pasado a suministrar a LA COMPAÑÍA, cualquier información, incluyendo copia exacta de sus archivos, exámenes de laboratorio, radiografías u otros exámenes que le fueren solicitados.</p> <p style="text-align: center;">Lugar y Fecha Firma del Beneficiario</p>	
PARA SER LLENADO POR LA INSTITUCION HOSPITALARIA	
<p>Yo, _____, Cédula de Identidad Nro.: _____, persona autorizada por el Director o Administrador de la Institución Hospitalaria denominada: _____ y domiciliada en la Ciudad de: _____ con Teléfono Nro.: _____, con Rif. Nro.: _____ y Nit.: _____, hago constar que los gastos que se detallan en la factura Nro. _____, corresponden a los gastos incurridos en este Centro Hospitalario con motivo de la atención médica dada al paciente, a consecuencia del tratamiento motivado por: _____. El paciente fue hospitalizado el / / , a las _____ horas.</p>	
Firma de la Persona Autorizada	Sello de la Institución

PARA SER LLENADO POR MÉDICO TRATANTE

Nombre del Médico	Teléfono	Especialidad	Código del Colegio Médico:
Diagnóstico del Ingreso:	Diagnóstico del Egreso:	Tratamiento efectuado (Resumen):	
¿Cuándo fue la primera vez que consultó al Paciente con motivo de estas lesiones?		Tipo de Tratamiento dado: Consultorio: Hospital: Casa:	
¿A su parecer, la lesión observada es consecuencia única y directa de un accidente, o bien proviene de otra causa? Detalle:			
Si es por accidente, a su juicio ¿El accidente ocurrió recientemente? Si: No:			
Si hubiese fractura de huesos largos, especifique: En el eje: En las extremidades:			
Si hubiese fractura o dislocación, indique: Completa: Incompleta:			

Si hubiese fractura, ¿Ésta fue confirmada por Rayos X?: Si: No:
¿Qué consecuencias puede tener el accidente? Muerte: Mutilación: Incapacidad Temporal para el Trabajo:
¿Debe este Paciente guardar cama y suspender totalmente sus actividades laborales habituales? Si: No: . En caso afirmativo, indique el tiempo aproximado de suspensión: días.
¿Debe este Paciente realizar parcialmente las funciones de sus actividades laborales habituales? Si: No: . En caso afirmativo, indique el tiempo aproximado: días.
Señale si observó cualquier enfermedad, dolencia o desarreglo funcional que sufra este Paciente actualmente:

EN CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Tipo de cirugía realizada: Mayor Menor		Fecha y Hora de la Cirugía	Duración de la Cirugía	
Descripción de la Cirugía:				
Anestesia: General	Raquídea:	Local	Trocular	
Finalidad de la Operación: Curativa	Paliativa	Ortopédica	Cosmética	Esterilización
Enfermedad Congénita: Exploración	Diagnóstica	Defecto Adquirido		
Firma del Médico Tratante		Nro. De Cédula de Identidad	Matricula Nro.	

Dirección de la Sede de la Compañía: Avenida Libertador con Calle Negrín, Centro Comercial Av. Libertador,
Pisos 1,2,3 y PH, Urb. La Florida, Caracas, Distrito Capital
Aprobada por la Superintendencia de Seguros, Ministerio de Finanzas,
mediante Oficio Nro.005053 de fecha 30 de junio de 2006.