



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 SERVICIOS FUNERARIOS COLECTIVO**

¡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.

PARA SER CONTESTADO POR EL DECLARANTE

DATOS DEL TOMADOR

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 Indole:		Capacidad Económica y/o Ingreso:		Fax:

DATOS DEL DECLARANTE

Nombres y Apellidos:			Nro. de Cédula de Identidad:		
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo: F M	Estado Civil: C S D O	
Profesión :	Ocupación:	Estatura:	Peso:	Es Zurdo? Si No	
Parentesco con el Titular:		Dirección:		Teléfono(s)	E-mail:

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza Nro.:	Certificado Nro.:	Fecha de la Vigencia		Código de Ramo:	Intermediario:	Código:
		Desde	Hasta			
				Sucursal:		

Cuadro Recibo de Póliza Nro.:	Fecha Último Pago de la Prima:	Suma Asegurada:
-------------------------------	--------------------------------	-----------------

Coberturas Suscritas:

INFORME DEL SINIESTRO (Accidente)

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

Descripción del Fallecimiento:

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

¿Han levantado las autoridades acta del suceso?

¿Tenía EL ASEGURADO fallecido otras Pólizas de Seguros de Personas en LA COMPAÑÍA?

¿Tenía EL ASEGURADO fallecido 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 atendió al ASEGURADO fallecido

¿Estuvo hospitalizado? Si No Médico Tratante

Documentos Entregados	Marcar con una X
a) Original y copia de la(s) factura(s)	
b) Acta o Partida de Defunción	
c) Fotocopia de la Cédula de Identidad y/o Partida de Nacimiento de EL ASEGURADO fallecido	
d) Certificaciones y/o Informes Médicos.	
e) Fotocopia de la Cédula de Identidad o RIF. del Declarante 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** fallecido.

Lugar y Fecha:

Firma del Declarante del Siniestro

Así mismo, yo, _____ beneficiario de este reclamo, autorizo a los médicos e instituciones que han atendido a **EL ASEGURADO** fallecido, a suministrar a **LA COMPAÑÍA**, cualquier información, incluyendo copia exacta de sus archivos, exámenes de laboratorio, radiografías u otros exámenes que le fueren solicitados.

Lugar y Fecha

Firma del Beneficiario

PARA SER LLENADO POR LA INSTITUCION HOSPITALARIA

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 el Asegurado fallecido recibió atención médica en este centro hospitalario con motivo de: _____ El paciente fue ingresado el / / , a las _____ horas.

Firma de la Persona Autorizada

Sello de la Institución

