



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	
<b>PARA SER CONTESTADO POR EL ASEGURADO TITULAR O RECLAMANTE DE LA INDEMNIZACIÓN</b>								
<b>DATOS DEL TOMADOR</b>								
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				Fax	
<b>DATOS DE EL ASEGURADO AFECTADO QUE MOTIVA LA RECLAMACIÓN</b>								
Nombres y Apellidos					Nro. de Cédula de Identidad			
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad		Sexo F __ M X_	Estado Civil C _ S _X__ D __ O __	
Parentesco con el Asegurado Titular		Estatura	Peso	Es Zurdo? Si ___ No ___		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 <b>EL ASEGURADO</b> otras Pólizas de Seguros de Personas en <b>LA COMPAÑÍA</b> ?	
¿Tiene <b>EL ASEGURADO</b> 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	

<b>Documentos Entregados</b>	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 <b>LA COMPAÑÍA</b> , a recabar cualquier información médica o no, con las personas o instituciones que han atendido a <b>EL ASEGURADO afectado</b> .	
Lugar y Fecha:	Firma del Declarante del Siniestro