

NOTIFICACIÓN DE RECLAMO

N° DE LIQUIDACIÓN:

Para aceptar cualquier Notificación de Reclamos, es imprescindible que esté completa la información solicitada en este formulario. El Asegurador se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento que considere necesario para la tramitación del reclamo.

Hospitalización, Cirugía y Maternidad Accidentes Personales

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE SER PRESENTADA AL MOMENTO DE TRAMITAR UN RECLAMO:

PARA LOS SINIESTROS DE HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA Y MATERNIDAD:

- Original del formulario Notificación de Reclamos (Forma N° 2200-009), completado por el Asegurado, la Clínica y el Médico Tratante.
- Originales de las Facturas emitidas por el Centro Hospitalario, debidamente canceladas y con el N° de R.I.F. respectivo.
- Original del Informe Médico detallado y firmado por el Médico Tratante.
- Soportes del reclamo: Exámenes de Laboratorio, Radiografías, Informe de Anatomía Patológica, Biopsias, que contribuyan al análisis del reclamo.
- Originales de las Facturas, por gastos de medicinas, debidamente canceladas y anexar sus respectivos récipes.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad del Asegurado Titular y del Asegurado Afectado.

ADICIONALMENTE A LOS DOCUMENTOS ANTERIORES DEBE PRESENTAR:

En caso de ser Militar:

- Fotocopia del Carnet vigente del Asegurado que presenta el reclamo.

En caso de ser Empleado Civil:

- Constancia de trabajo. Copia del último neto de sueldo.

Para los siniestros facturados en el exterior :

- Originales y fotocopias de las Facturas debidamente canceladas, e Informe Médico detallado, legalmente traducido al español y autenticado por el Consulado o Embajada respectiva.

Para los siniestros de Gastos Médicos por Accidentes Personales:

- Carta elaborada por el Asegurado indicando fecha, lugar y circunstancias en las cuales se produjo el accidente.
- Informe de las autoridades que intervinieron en el accidente.

PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO

SI ES MILITAR INDIQUE:		FUERZA:	GRADO:	SITUACIÓN:
APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA DEL TOMADOR (CONTRATANTE) DE LA POLIZA:				
APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASEGURADO TITULAR:		N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD:	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	
DIRECCIÓN DEL ASEGURADO TITULAR:				
		CIUDAD:	ESTADO:	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASEGURADO AFECTADO:			N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO CON EL ASEGURADO TITULAR:		FECHA OCURRENCIA DEL SINIESTRO:	
LUGAR Y FECHA DE NOTIFICACIÓN:		FIRMA DEL ASEGURADO:		

PARA SER LLENADO POR EL CENTRO HOSPITALARIO O CLÍNICA

NOMBRE DEL CENTRO HOSPITALARIO O CLÍNICA:		N° DE R.I.F.:	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE:		EDAD:	SEXO:	N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD:
FECHA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:	N° DE FACTURA(S):	MONTO:	MONEDA:
LUGAR Y FECHA :		SELLO Y FIRMA AUTORIZADA:		

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO TRATANTE:		CÓDIGO SEGÚN COLEGIO DE MÉDICOS:
R.I.F.:	ESPECIALIDAD DEL MÉDICO:	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):
MOTIVOS Y/O CAUSAS DEL SINIESTRO (EN LETRA DE MOLDE)		
DETALLE EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE (CAUSA Y EVOLUCIÓN):		
FECHA EN QUE APARECIERON LOS SÍNTOMAS:	¿CONSIDERA QUE ESTA ENFERMEDAD EXISTÍA ANTES DE QUE SE PRESENTARAN LOS SÍNTOMAS?:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO DE ACCIDENTES PERSONALES		
FECHA DEL ACCIDENTE:	EXPLIQUE BREVEMENTE CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:	
¿REALIZÓ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE LA INTERVENCIÓN:	TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:
EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD		
¿REALIZÓ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE LA INTERVENCIÓN:	TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:
¿ANTERIORMENTE EL PACIENTE PRESENTÓ SIMILAR O PARECIDA DOLENCIA?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	INDICAR SÍNTOMAS Y LA FECHA EN QUE SE MANIFESTÓ:	
¿SE REQUIRIÓ TRATAMIENTO?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE INICIO:	ESPECIFIQUE EL TRATAMIENTO:
¿SE REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE INICIO:	ESPECIFIQUE LAS CAUSAS:
LUGAR Y FECHA:	FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	