

Fecha Recepción
Nro. Recepción
Nro. Siniestro

Declaración de Siniestros

Es indispensable para la tramitación de su reclamo la presentación de FACTURAS ORIGINALES PAGADAS que cumplan con las disposiciones del SENIAT. Si desea la devolución de las facturas originales, debe anexar fotocopias de las mismas.

Datos del Asegurado Titular y Asegurado Afectado

Ramo Póliza: Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Funerarios <input type="checkbox"/>	Póliza Nro.	Certificado Nro.
1er. Apellido Asegurado Titular:	1er. Nombre Asegurado Titular:	
2do. Apellido Asegurado Titular:	2do. Nombre Asegurado Titular:	
Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		
Teléfono Celular:	Teléfono Habitación:	Dirección Correo Electrónico:
1er. Apellido Asegurado Afectado:	1er. Nombre Asegurado Afectado:	
2do. Apellido Asegurado Afectado:	2do. Nombre Asegurado Afectado:	
Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:	
Cobertura Afectada:	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Parentesco con el Asegurado Titular: Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	
Teléfono Celular:	Teléfono Habitación:	Dirección Correo Electrónico:

Datos de otros contratos que amparan el mismo riesgo

¿El Asegurado afectado se encuentra amparado por otro seguro o plan? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique:	
Nombre de la empresa:	Fecha:
¿Está actualmente tramitando una solicitud por concepto de reembolso en otra Empresa Aseguradora? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique:	
Nombre de la empresa:	Fecha:

Conducto para el pago de la Indemnización solicitada

Sírvase a emitir el cheque a Nombre de:	Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Sí el reclamante es el Asegurado Titular, indique sí desea que se realice el pago de la indemnización por medio de transferencia bancaria: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí su respuesta es "Sí", Indique el N° de su Cuenta y el nombre del Banco donde el Asegurador depositará dicho pago:	
Nombre del Banco:	Tipo de Cuenta: Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Nro. Cuenta	
Autorizo a mi productor de seguros a retirar de las oficinas de SEGUROS VENEZUELA, C.A., el cheque de indemnización del presente siniestro: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Declaro que las informaciones suministradas al Asegurador, son verdaderas, completas y servirán de base para el cálculo de la indemnización aquí solicitada. Autorizo a los médicos y a la Institución Hospitalaria a proporcionar sin reservas la información requerida en esta planilla (adjuntando copia de sus archivos), así como cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes, que el Asegurador estime necesaria.	
Firma del Asegurado Titular	Firma Asegurado Afectado o Paciente
Fecha:	

Datos del Reclamo

Lugar y Fecha de Ocurrencia del Siniestro:	Hora: a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>
Causa de la reclamación: Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/>	
Monto Facturas Presentadas Bs.:	Nro. Documentos entregados: