



DECLARACIÓN DE SINIESTROS

I.- PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO TITULAR				
Primer Apellido	Inicial del 2do.	Primer nombre	Inicial del 2do.	Cédula de Identidad V ____ E ____
Dirección de habitación				
II.- BENEFICIARIO QUE RECIBIO LA ATENCIÓN MÉDICA				
Primer Apellido	Inicial del 2do.	Primer nombre	Inicial del 2do.	Cédula de Identidad V ____ E ____
Edad	Sexo F ____ M ____	Parentesco con el Titular	¿Tiene el Beneficiario otra(s) Pólizas de HCM? Si ____ No ____	
En caso afirmativo indique Compañías y Nº de la póliza			Causa de la atención médica Enfermedad ____ Accidente ____ Maternidad ____	
Si anteriormente recibió asistencia médica por el mismo motivo, de detalles e indique el nombre del médico y la fecha de la atención				
III.- PARA SER LLENADO POR LA CLÍNICA U HOSPITAL				
Se agradece la veracidad y exactitud de las informaciones suministradas, debido a que las mismas facilitarán los trámites de nuestros Asegurados				
Yo, _____ C.I.Nº: _____ En mi condición de Administrador del Centro Hospitalario: _____ Teléfono _____ declaro que el paciente _____ C.I.Nº: _____ Edad: _____ Sexo: F ____ M ____ Estuvo hospitalizado en este Instituto durante _____ días, desde el _____ hasta el _____ quedando anotado en el libro de registro previsto en el Art. N°8 del Reglamento de Clínicas, con fecha _____ incurriendo en los gastos especificados en la(s) factura(s) anexa(s) N°(s) _____ por un monto total de bolívars: _____ Lugar _____ Fecha _____ de _____ de 20 _____ Firma del Administrador _____ Sello de Clínica _____				

Datos del Médico	
-------------------------	--

Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad V ☐ E ☐	Nº Código Médico	Teléfono de habitación
---------------------	--	------------------	------------------------

Información sobre el paciente	
Nombre	...
Edad	...
Sexo	...
Profesión	...
Antecedentes	...
Tratamiento	...
Seguimiento	...

Primer Apellido	Inicial del 2do.	Primer nombre	Inicial del 2do.	Cédula de Identidad V ☐ E ☐	Edad	Sexo F ☐ M ☐
-----------------	------------------	---------------	------------------	--	------	---

Fecha de intervención o comienzo de tratamiento D M A
 / /

Diagnóstico de egreso:

El tratamiento o intervención fue practicado con fines de:

Diagnóstico ☐ Otro ☐ Especifique:

¿Ha sufrido el paciente de similar o parecida dolencia? Si ☐ No ☐

En caso de ser afirmativo especificar síntomas y fechas en que éstas se manifestaron

Cirugía ☐ Cirugía ambulatoria ☐ Maernidad ☐ Accidente ☐ Tratamiento Médico ☐ Tratamiento Ambulatorio ☐

Causa de la operación:	Tipo de Anestesia:
------------------------	--------------------

Descripción de la operación

Tipo de Anestesia:

Descripción de la operación

Institución donde se practicó:

Cuando se originó la causa:

¿Es consecuencia de otra operación o enfermedad?

Parto Normal ☐ Forceps ☐ Aborto ☐ Cesárea ☐ Tiempo de embarazo

Parto Normal ☐ Forceps ☐ Aborto ☐ Cesárea ☐ Tiempo de embarazo

Fecha de parto

Sexo del recién nacido

Partos anteriores

¿Cuántos?

Fechas

F ☐ M ☐Si ☐ No ☐

¿A la aseguradora se le ha practicado anteriormente alguna intervención obstréctica o ginecológica? Si ☐ No ☐

Fecha	
	Indique tipo de intervención

Fecha de siniestro:	Tipo de lesiones:
---------------------	-------------------

Fecha de siniestro:

Tipo de lesiones:

Fecha de siniestro:

Fecha de siniestro:

Diagnóstico:

Diagnóstico:

¿Está relacionado el tratamiento con otra enfermedad que haya sufrido el paciente? Si ☐ No ☐ Explique _____

A su juicio ¿Cuándo se inició la evolución de la enfermedad o dolencia sin que apareciera los síntomas? Favor detallar

Declaro que las informaciones suministradas son auténticas y completas. Igualmente me comprometo a proporcionar a SaludME, cualquier información o certificación acerca del estado físico del paciente, su historia clínica y además informaciones que SaludME considere necesario conocer, para una mejor evolución del siniestro

Lugar	Fecha	de	de 20	Firma
-------	-------	----	-------	-------

Declaro que las informaciones suministradas a SaludME y las facturas adjuntas son auténticas y completas. Igualmente autorizo al personal médico, paramédico y a todas las clínicas o instituciones hospitalarias a suministrar sin reservas la información requerida en esta planilla, así como cualquier información adicional que solicite SaludME incluyendo copias exactas de sus archivos Toda información falsa u omisión respecto a mí o a cualquiera de las personas aseguradas, liberará a SaludME de toda obligación derivada del contrato de seguros.

Lugar	Fecha	de	de 20	Firma
-------	-------	----	-------	-------