

Emergencia

Carta Aval

Reembolso

DATOS DE PÓLIZAS

Tipo de Póliza: Individual Colectiva	Contratante:	N° de Póliza:
--------------------------------------------	--------------	---------------

Se presenta la siguiente declaración de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares del contrato de Seguro.

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellidos y Nombres:				
Cédula de Identidad: V E	Fecha de Nacimiento:	Sexo: F M	Edad:	Dirección de Habitación:
Estado:	Ciudad:	Zona Postal:	Teléfono Oficina:	
Teléfono Móvil:	Correo electrónico:			

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Apellidos y Nombres:				
Parentesco con el asegurado titular:	Cédula de Identidad: V E	Fecha de Nacimiento:	Sexo: F M	Edad:
Dirección de Habitación:			Estado:	Ciudad:
Zona Postal:	Teléfono Oficina:	Teléfono Móvil:	Correo electrónico:	

DESCRIPCIÓN DEL RECLAMO

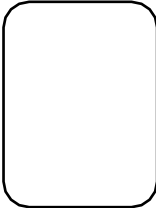
Causa del Reclamo:	Enfermedad	Accidente
Diagnóstico del médico de la enfermedad o patología:		
¿La persona afectada se encuentra amparado (a) en otra Póliza de Seguro de Salud? En caso afirmativo, indique el nombre de la Empresa. Sí No		

DOCUMENTOS ANEXOS

Informe médico	Informe de estudios realizados	Presupuesto
Récipe e indicaciones médicas	Ordenes de estudios realizados	Facturas
Recibo de ingresos o caja	Desglose de material médico quirúrgico	Desglose de medicinas
Otros:		

EN CASO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

Nombre de la Institución que emite la factura	N° de Factura	Concepto	Fecha	Monto

DATOS BANCARIOS DEL TITULAR		
Banco	N° de Cuenta	Tipo de Cuenta
EN CASO DE SOLICITUD DE CARTA AVAL		
Institución hospitalaria concertada:	Presupuesto N°:	
EN CASO DE SERVICIO DE EMERGENCIA		
Institución hospitalaria que atiende la emergencia:		
Explique brevemente el motivo de la emergencia:		
DECLARACIÓN DEL ASEGURADO		
Declaro que la información aquí suministrada es verdadera y libre de cualquier omisión o falsa declaración. Autorizo a la institución de salud y a los médicos tratantes a proporcionar a "Seguros Constitución C.A." cualquier dato adicional que este solicite con relación a este reclamo.		
En _____ el día ____ del mes de _____ del año _____		
_____		_____
Firma del Asegurado		Cédula de Identidad del Asegurado
Huella del Asegurado		
PARA SER LLENADO POR EL CENTRO DE SALUD EN CASO DE SERVICIO DE EMERGENCIA		
Yo, _____ en mi calidad de administrador de _____, declaro que el Señor (a) _____ Titular de la Cédula de Identidad N° _____ estuvo hospitalizado (a) en esta institución durante _____ días, desde el _____ hasta el _____, y ha sido anotado en el libro de registro de clínicas con fecha _____, generando gastos según facturas anexas que ascienden a Bs. _____		

Firma Autorizada (Sello)		