

Emergencia      Carta Aval      Reembolso

**DATOS DE PÓLIZAS**

<b>Tipo de Póliza:</b>	<b>Contratante:</b>	<b>N° de Póliza:</b>
Individual    Colectiva		

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

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

<b>Apellido(s):</b>			<b>Nombre(s):</b>		
<b>Cédula de Identidad</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Dirección de Habitación:</b>	
V   E		F   M			
<b>Estado:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b>Zona Postal:</b>	
<b>Teléfono Oficina</b>	<b>Teléfono Móvil</b>	<b>E-mail:</b>			

**DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO**

<b>Apellido(s):</b>			<b>Nombre(s):</b>			<b>Parentesco con el (la) asegurado (a) titular:</b>		
<b>Cédula de Identidad</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Dirección de Habitación:</b>				
V   E		F   M						
				<b>Estado:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b>Zona Postal:</b>
<b>Teléfono Oficina</b>	<b>Teléfono Móvil</b>	<b>E-mail:</b>						

**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

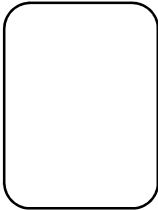
**DOCUMENTOS ANEXOS**

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.		
<p style="text-align: center;">En _____ el día _____ del mes de _____ del año _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>_____</p> <p><b>Firma del Asegurado</b></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>Huella del Asegurado</b></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>_____</p> <p><b>Cédula de Identidad del Asegurado</b></p> </div> </div>		
PARA SER LLENADO POR EL CENTRO DE SALUD EN CASO DE SERVICIO DE EMERGENCIA		
<p>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. _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Firma Autorizada</b> <b>(Sello)</b></p>		