

**HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD  
DECLARACIÓN DE SINIESTROS**

Para facilitar el proceso de análisis de este reclamo, es necesario rellenar la presente planilla completamente, la cual debe ser firmada por **EL ASEGURADO TITULAR**, por la persona autorizada por la administración de la institución hospitalaria que prestó el servicio y por el médico tratante. A esta planilla deben anexarse las facturas detalladas y todos los resultados de los estudios realizados.

Yo, \_\_\_\_\_,  
C.I. N° \_\_\_\_\_, con domicilio en la ciudad de \_\_\_\_\_,  
en la cual resido en la siguiente dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telf. N° \_\_\_\_\_;  
amparado por la Póliza de Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad N° \_\_\_\_\_,

presento este reclamo a la C.A. Seguros Catatumbo, de conformidad con las condiciones generales y especiales de la póliza, a nombre del (la) asegurado (a) señalado(a) a continuación:

\_\_\_\_\_, C.I. N° \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ fecha  
de nacimiento: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_ el (la) cual tiene conmigo el parentesco  
de \_\_\_\_\_.

La presente reclamación obedece a las causas que expongo a continuación: \_\_\_\_\_

Asimismo, indico los médicos que han examinado o tratado a esa persona en los últimos cinco (5) años:

	Nombre	Dirección	Telef. N°
Dr.	_____	_____	_____
Dr.	_____	_____	_____
Dr.	_____	_____	_____
Dr.	_____	_____	_____
Dr.	_____	_____	_____

Por último, declaro que las informaciones suministradas a **LA ASEGURADORA**, por la institución hospitalaria que prestó el servicio, por el médico tratante y por quien suscribe, son verdaderas y expresan todo lo acontecido en el acto aquí descrito. Además, servirán de base para el proceso de la reclamación presentada. De igual manera, autorizo a la institución hospitalaria y a los médicos que intervinieron a proporcionar, sin reservas, la información solicitada en la declaración de la administración del centro hospitalario y en la declaración facultativa, así como cualquier otro dato que **LA ASEGURADORA** estime conveniente requerir.

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado titular

\_\_\_\_\_  
**DECLARACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA**  
\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ C.I. N° \_\_\_\_\_,

actuando en este acto en mi carácter de administrador (a) de(l) (la) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, declaro que el (la) Sr. (a): \_\_\_\_\_

C.I. N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad y de sexo \_\_\_\_\_, ha estado

hospitalizado (a) en esta institución por un período de \_\_\_\_\_ días, desde el \_\_\_\_\_ hasta

el \_\_\_\_\_, y ha sido inscrito (a) en el libro de registros el día \_\_\_\_\_, según lo

dispuesto por el reglamento que rige nuestras instituciones.

Los gastos originados por la atención prestada, según la factura N° \_\_\_\_\_, emitida con

fecha \_\_\_\_\_, ascienden a \_\_\_\_\_ (Bs. \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada

## DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Con el objeto de realizar el proceso de análisis del caso atendido por Ud., correspondiente a nuestro asegurado (a) \_\_\_\_\_, le agradecemos contestar lo siguiente:  
Yo, \_\_\_\_\_, médico en ejercicio, especialista en \_\_\_\_\_, C.I. N° \_\_\_\_\_, inscrito en la Federación Médica Venezolana con el N° \_\_\_\_\_, domiciliado en la ciudad de \_\_\_\_\_, Telef. Hab. N° \_\_\_\_\_ y localizable en la institución hospitalaria denominada \_\_\_\_\_, Telef. N° \_\_\_\_\_; declaro haber tratado a (l)\_(la) Sr. (a) \_\_\_\_\_, C.I. N° \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad y de sexo \_\_\_\_\_, por lo cual suministro la siguiente información:

### MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN

- Enfermedad  Maternidad  Accidente  Diagnóstico  Cirugía
- ¿Es su paciente? SI  ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_ NO
- ¿Fue referido (a) por otro médico? SI  NO  Si es afirmativa la respuesta, dé el nombre del médico referente: \_\_\_\_\_ y su especialidad \_\_\_\_\_
- Descripción de la enfermedad o diagnóstico (detalle etiología): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Tratamiento efectuado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- En su opinión profesional, ¿es la enfermedad que sufre el paciente consecuencia de otra que que tenía antes? SI  No  En caso afirmativo, diga cuál: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fecha del padecimiento: \_\_\_\_\_ ¿Cuando se inició la evolución de la enfermedad actual? \_\_\_\_\_  
Fecha del padecimiento: \_\_\_\_\_ ¿Cuando se inició la evolución de la enfermedad anterior? \_\_\_\_\_
- ¿En qué fecha aparecieron los síntomas de la enfermedad actual? \_\_\_\_\_
- En caso de tratarse de un accidente, indique fecha: \_\_\_\_\_, hora: \_\_\_\_\_ y describa las circunstancias y lesiones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Duración de la hospitalización: \_\_\_\_\_ ( ) días.
- Si la hospitalización duró más días de lo habitual, detalle las causas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EN CASO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, ESPECIFIQUE LO SIGUIENTE:**

- Finalidad: Curativa  Paliativa  Congénita  Cosmética  Esterilización   
Ortopédica  Corrección de defecto adquirido  Exploración diagnóstica
- Duración de la intervención quirúrgica: \_\_\_\_\_ horas; N° de ayudantes: \_\_\_\_\_ fecha de la intervención: \_\_\_\_\_
- Intervención efectuada (explique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Resultado de anatomía patológica: \_\_\_\_\_
- Instituto donde se procesó el examen patológico: \_\_\_\_\_
- Para el caso de una paciente femenina, indique si con anterioridad le fue practicada alguna intervención obstétrica o ginecológica. SI  , que tipo de intervención: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ NO
- Duración de la intervención: \_\_\_\_\_ horas. Si la intervención duró más horas de lo habitual, detalle las causas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HONORARIOS PROFESIONALES**

Mis honorarios profesionales ascienden a la cantidad de \_\_\_\_\_ bolívares (Bs. \_\_\_\_\_).

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante

**Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 07763 de fecha 13/08/1999.**

Inscrita en el Registro de Comercio que llevó el Juzg. 2do. de 1era. Inst. en lo Civil y Mercantil de la C.J. del Edo. Zulia el 22 de Marzo de 1957, con el N° 119, Tomo 1° y en el Reg. Merc. 1era. de la C.J. del Edo. Zulia, el 27 de Mayo de 1981, con el N° 54, Tomo 12-A.  
AV. 4 (BELLA VISTA) N° 77-55, APARTADO POSTAL : 103. TELÉFONOS 0261) 7005555 – 7005444 FAX: (0261) 7005556. MARACAIBO, VENEZUELA

TEC-0411.4/ AGO.05