



Clave de Emergencia Carta Aval Reembolso Complementario

I. DATOS DE LA POLIZA

Tomador:	Póliza Número:	Certificado N°:	Fecha de Declaración: / /
----------	----------------	-----------------	------------------------------

II. DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres:	Número Cédula de Identidad/ RIF.: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
----------------------	--

Fecha de Nacimiento: / /	Estado:	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
-----------------------------	---------	-------	--	--

Dirección Habitación:

Estado:	Ciudad:	Teléfonos:
---------	---------	------------

Nombre del Beneficiario de los servicios recibidos:	Número Cédula de Identidad/ RIF.: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
---	--

Parentesco con el asegurado titular :	Dirección:
---------------------------------------	------------

¿Vive con el asegurado titular?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Depende Económicamente del asegurado titular? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

III. DATOS GENERALES

Nombre y Apellido	Teléfono:
-------------------	-----------

Médico Habitual del Beneficiario:

Médico Tratante en este caso:

Médico que ordenó el ingreso:

IV. DATOS DE INGRESO

Nombre de la Institución Hospitalaria:	Hora:	Detalle Causa:
--	-------	----------------

La Hospitalización se realizó por:

Tratamiento de: Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Intervención Quirúrgica <input type="checkbox"/> otro:

En caso de que el ingreso fue a consecuencia de un accidente, detalle las circunstancias del mismo:

--

Fecha de Salida de la Institución Hospitalaria: / /	Hora:	Gastos pagados por este caso son según facturas y comprobantes originales anexos de Bs.
---	-------	--

Declaro que las informaciones que anteceden son verídicas y exactas, autorizo a todos los médicos, personas a fines e Instituciones Hospitalarias que hayan atendido al beneficiario de los servicios prestados a proporcionar a LA VENEZOLANA DE SEGUROS Y VIDA C.A. las informaciones que ésta considere necesarias para una mejor evaluación del caso.

En la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ de _____	
_____ Firma del Tomador	_____ Firma del Asegurado

Importante: Este Formulario debe ser llenado completamente y firmado por las personas a quienes corresponda. Se debe adjuntar todo comprobante original de pago, honorarios médicos y demás servicios prestados Si se desea que le sean devueltos los originales por favor anexe fotocopias.