



SEGUROS MERCANTIL

Compañía Anónima con un Capital Suscrito y un Capital Pagado de Bs. 6.000.000.000,00
Inscrita ante la Superintendencia de Seguros bajo el N° 74. Miembro de la Cámara de
Aseguradores de Venezuela N° 74. R.I.F. J-000901805 - N.I.T. 00000-185-6-2. Calle Panamá
con Av. Libertador Edificio Seguros Mercantil. Los Caobos. Teléfonos: 709.09.99 (Master).
Fax: 793.07.80. Apartado 61.618 (Del Este). Direc. Cable "CENSECA". Telex 24119. Caracas
1050. Venezuela. www.Segurosmercantil.com

Reclamación de Hospitalización

Póliza N°: _____

Reclamo N°: _____

Nota Importante: Con el objeto de facilitar la tramitación y el pago del reclamo, es necesario que la presente planilla sea llenada completamente y firmada por las personas que se indican en cada una de sus partes. Toda colaboración en este sentido permitirá agilizar los trámites de este reclamo, favor adjuntar todas las facturas originales y detalladas correspondientes al caso.

Declaración por parte del Asegurado

Yo, _____ C.I.: N° _____,

domiciliado en _____,

teléfono _____,

amparado por la Póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad N° _____, presento a "SEGUROS MERCANTIL, C.A."

esta reclamación de conformidad con las Condiciones Generales y Especiales de la Póliza, por la atención prestada a:

C.I. _____, sexo _____, edad _____, parentesco _____.

La presente reclamación se refiere a: (Indicar causa) _____

¿Se encuentra amparado por otra Compañía de Seguros Usted o la Persona afecta?: Si No

¿Cuánto le cubre la otra póliza de Seguros?: _____ %

Indique Compañía Aseguradora: _____ N° de Póliza: _____

Nombre de la persona que tiene el Seguro: _____ C.I.: _____

Declaro que las informaciones suministradas a la Compañía por parte mía, son verdaderas, completas y servirán de base para el cálculo de la indemnización aquí solicitada, por este medio autorizo a los Médicos y al Instituto de Hospitalización a proporcionar sin reservas la información solicitada en esta planilla, así como cualquier información adicional que la Compañía estime conveniente solicitar.

Firma del Asegurado

Declaración de la Administración del Hospital (Para ser llenada por el Hospital o Clínica)

Yo, _____, en calidad de administrador de _____,

declaro que el (la) señor(a): _____ con C.I. N°: _____, dad: _____

ha estado hospitalizado(a) en este Instituto durante _____ días, desde el _____ y ha sido anotado(a) en el libro de

registro de la clínica, con la fecha ____ / ____ / _____, generando gastos según factura(s) anexa(s) No(s). _____

que ascienden a Bs. _____

Firma Autorizada (Sello)

Declaración del Médico Tratante

Estimado Doctor:

Rogamos a usted se sirva constestar las preguntas abajo mencionadas, indispensables para procesar el caso por nuestro Departamento Médico, agradeciendo altamente su colaboración.

Intervenciones Quirúrgicas o Tratamientos Médicos

1. Yo, Dr. _____ Código Colegio Médico: _____
2. Dirección _____ Clínica Telf. Clínica: _____
3. Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____ Edad: _____
4. ¿Cuál fue el diagnóstico? (favor detallar origen y motivos): _____

5. ¿Cuándo empezó a su juicio, la evolución de esta enfermedad sin que aparecieran los síntomas? (favor detallar): _____

6. ¿En qué fecha aparecieron los síntomas de la dolencia que motivó la hospitalización u operación? (favor detallar): _____

7. Motivos y/o causas de la operación y/u hospitalización: _____

8. ¿Sufrió el paciente anteriormente de similar o parecida dolencia? Si No (Especificar síntomas y fecha en que éstas se manifestaron): _____
9. En caso de ser accidente, fecha y circunstancias del mismo: _____

10. Fecha de intervención o tratamiento: _____
11. Intervención o tratamiento efectuado (favor detallar): _____

12. Resultados de Anatomía Patológica: _____

13. Instituto donde se efectuó: _____
14. Si la Hospitalización duró más días de lo habitual, favor detallar las causas: _____

15. Honorarios Médicos según facturas que se acompañan, Bs.: _____

Lugar: _____, Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del Médico Tratante