

**LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA
AVISO DE SINIESTRO**

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombres	:			
Dirección	:			
Teléfono	:		Celular	:
APS	:			

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Paciente	:			
Cedula de Identidad	:		Fecha de Nacimiento	:
Póliza	:		Endoso	:
Fecha	:		Hora	:
Lugar	:			
Ciudad	:		Provincia	:

En caso de accidente:

- Detalle el evento

En caso de enfermedad:

- Enfermedad: _____
- Fecha de inicio del tratamiento : _____

Nombre, dirección y teléfono del médico tratante

¿Estuvo hospitalizado?

SI NO

En caso de ser afirmativa su respuesta:

Nombre del hospital o clínica

Fecha de ingreso _____ Fecha de salida _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de inicio del tratamiento: _____

Diagnóstico completo: _____

Fecha de atención al paciente: _____

Si ordenó hospitalización:

Fecha de ingreso _____ Fecha de salida _____

En caso de cirugía, por favor describa los procedimientos médicos completos:

¿Ordenó interconsulta con otros médicos?: SI NO

Nombre del médico del inter consulta y especialidad;

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Fecha: _____ Firma y sello del médico _____

Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos su detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía todo la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 42278, el 23 de Septiembre de 2016.