

Datos Asegurado (Para ser completada por el Reclamante)

Apellidos y Nombres del Asegurado		C.I. / Pasaporte / Rif	
		<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	
Correo electrónico del Asegurado		N° teléfono Móvil	N° Teléfono Fijo
Nombre del Paciente		N° de Póliza	Fecha de Empleado
Parentesco		Fecha de Nacimiento	La Dolencia se debe A:
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otros:			<input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Enfermedad
En caso de Lesión ¿Cómo Ocurrió?			

Índole de la Dolencia

En caso de Enfermedad ¿Cuándo Comenzó?	Nombre y Apellido del Primer Médico Consultado

Dirección

¿Estuvo Hospitalizado Anteriormente por Esta Dolencia?	Fecha de Admisión	En Caso Afirmativo Indique Nombre del Hospital o Clínica	Médico Tratante
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			

En caso de Maternidad ¿Desea Incluir al Recién Nacido bajo la cobertura de su Certificado? En caso Afirmativo Indique Nombre
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Beneficiario en caso de Muerte			
N°	Apellidos y Nombres	Parentesco	N° de C.I.
1			
2			
3			

Certifico por este medio que las preguntas que anteceden y respondidas por mí, son verdaderas a mi leal saber y entender. Por lo que autorizo a **Estar Seguros, s.a.** a solicitar ante los médicos y otras personas y todas las Clínicas o Instituciones que atendieron el caso,

cualquier información o documento para la indemnización de los gastos presentados (incluyendo copia de Historia Médica). Asimismo, autorizo a efectuar cualquier reconocimiento médico que a juicio del departamento Médico de **Estar Seguros S.A.** sea necesario para evaluar el reclamo presentado.

Lugar	Fecha	Firma del Asegurado Titular	Huella Dactilar

Para Ser Completado por El Patrono

Nombre del Empleado	Número de Póliza	N° de Certificado
Fecha de Empleo	Fecha Efectiva del Seguro	Nombre del Dependiente (si Corresponde)

¿Se debe esta dolencia a lesión contraída de o durante el Empleo? SI NO

¿Se han reclamado beneficios de Responsabilidad Patronal? SI NO

Lugar	Fecha	Firma y Sello del Patrono

Para Ser Completado por El Médico Tratante

Nombre del Paciente	Edad	Sexo
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Indique si la Intervención fue:	La Hospitalización fue con fines
<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Cirugía

Especifique su Diagnóstico

Indicar Exámenes Complementarios Para Confirmar o Llegar a su Diagnóstico
