

**NOTIFICACIÓN DE SINIESTRO
ACCIDENTES PERSONALES**



Zurich Seguros, S.A.
Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 28

Póliza Nro.:

Certificado Nro.:

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido(s) y Nombre(s) o Razón Social:		C.I./Pasaporte/R.I.F.:	
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Estado Civil:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Teléfonos:	E-Mail:

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (Si es el mismo que el TITULAR NO rellenar este cuadro)

Apellido(s) y Nombre(s) o Razón Social:		C.I./Pasaporte/R.I.F.:	
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Estado Civil:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Teléfonos:	E-Mail:

DATOS DEL SINIESTRO

LLENAR SOLO EN EL CASO EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL (Todos los campos son obligatorios)

Fecha de Fallecimiento:	Hora del Fallecimiento (am/pm):
Lugar del fallecimiento:	
Si el fallecimiento ocurrió en un Hospital o Clínica indicar nombre:	
Causa de la Muerte (condición directa):	
Descripción breve del fallecimiento:	
Se realizó Autopsia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique hallazgos:	

Apellido(s) y Nombre(s) Médico Forense:

Se realizó Pesquisa ? **SI** **NO**

LLENAR SOLO EN EL CASO EN CASO DE LESIONES POR ACCIDENTE (Todos los campos son obligatorios)

Fecha del Accidente:	Hora del Accidente (am/pm):
Lugar del Accidente:	
Ocupación o Actividad que realizaba al momento del accidente:	
Causa del Accidente (condición directa):	
Descripción breve del Accidente:	
Intervino la Autoridad ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Practicó diligencias? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cuáles?	

Centro Hospitalario donde se realizó las Primeras Curas

Apellido(s) y Nombre(s) Médico Tratante

Fecha en que se trato con el Médico:

Hora en que se trató con el Médico (am/pm):

Si hubo Testigos del Accidente rellenar el siguiente cuadro

	Apellido(s) y Nombre(s):	Teléfonos:
1		
2		
3		
4		

5	
SOLO PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE	
En que consiste la lesión:	
A consecuencia de qué se produce la misma?	
¿Ha sido directa o exclusivamente producida por un Accidente?	
Tratamiento efectuado: MÉDICO <input type="checkbox"/> QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> Especifique:	
¿Padece el lesionado alguna enfermedad o defecto corporal?	
Diagnóstico de ingreso	
En que pruebas o exámenes médicos se basa este diagnóstico (Se debe anexar exámenes)	
Condición patológica o terapia médica que recibe actualmente:	
Consecuencias probables de la lesión:	
¿Producirá alguna incapacidad total o parcial? Explique.	
¿Deberá guardar cama? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará el período hasta la curación total?	
¿Podrá con anterioridad reanudar en parte sus ocupaciones?	
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE	
Apellido(s) y Nombre(s):	
C.I./Pasaporte:	
Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Estado Civil:	
Dirección:	
Telf(s):	
E-mail:	
FIRMA DEL MÉDICO	FECHA
LUGAR	

SOLO PARA SER LLENADO POR EL CENTRO HOSPITALARIO O CLÍNICA					
Nombre del Centro Hospitalario o Clínica			Teléfonos) Centro Hospitalario o Clínica		
Apellido(s) y Nombre(s) del Paciente			F. Nacimiento	Sexo	Cédula Identidad
F Ingreso	F.Egreso	N° Siniestro	N° Clave	N° Factura	Moneda
/ /	/ /				Monto factura
<hr/> Sello y Firma Autorizada CENTRO HOSPITALARIO					

FIRMO EN TOTAL CONFORMIDAD CON TODO LO ANTERIORMENTE EXPUESTO.			
Constancia que se firma en:	Día:	Mes:	Año:
<hr/> ASEGURADO o BENEFICIARIO C.I.:			

PÓLIZAS ACCIDENTES PERSONALES
DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

POR FALLECIMIENTO (Muerte Accidental)

REFERENTES AL ASEGURADO :

- A) Fotocopia de la Cédula de Identidad del ASEGURADO
- B) Partida de Nacimiento (Original).
- C) Partida de Defunción (Original).
- D) Copia certificada de Informe del Forense, Copia certificada informe de: Inspectoría de Tránsito. Informe Policial, Judicial o de Fiscalía, según corresponda el caso. Resultado de investigación judicial sobre las causas que originaron el deceso. (Original o copia
- E) Presentar la planilla de declaración de beneficiario

REFERENTES A BENEFICIARIOS DESIGNADOS

- A) Presentar la planilla de declaración de siniestro completada por algún BENEFICIARIO(S), médico tratante y clínica.
- B) Original del Cuadro y Recibo de Póliza
- C) Partida de Nacimiento de cada uno de los BENEFICIARIOS (Original).
- D) Fotocopia de la Cédula de Identidad de cada uno de los BENEFICIARIOS.
- E) Original del Acta de matrimonio, en caso de que el BENEFICIARIO sea el cónyuge.
- F) Original de Carta de Autorización del Tribunal de Protección del Niño y del Adolescente (en caso de existir niños, niñas y adolescentes como BENEFICIARIO), dirigida a nombre de Zurich Seguros S.A.

SI NO EXISTE BENEFICIARIO DESIGNADO

- A) Los requerimientos antes indicados aplican para los herederos legales del occiso. Si no existen herederos legales directos se deberá presentar declaración de Único(s) Universal(es) Heredero(s) en original, conjuntamente con la partida de nacimiento
- B) Copia de cédulas de identidad de las personas declaradas como Únicos(s) Universal(es) Heredero(s)
- C) Partida de Nacimiento de las personas declaradas como Únicos(s) Universal(es) Heredero(s) (Original).

POR LESIONES POR ACCIDENTE

- A) Presentar la planilla de declaración de siniestro completada por el ASEGURADO, médico tratante y clínica.
- B) Presentar facturas originales, emitidas bajo requerimientos del SENIAT debidamente selladas y avaladas con sus recetas médicas
- C) Informe médico emitido por la institución y médico tratante donde fue atendido por emergencia (Ingreso, diagnóstico, paraclínicos, terapia y Egreso)
- D) Anexar radiografías, exámenes de laboratorio y otros documentos que avalen el reclamo.
- E) Carta narrativa de hechos elaborada por el ASEGURADO
- F) Informe de las Autoridades que intervinieron en el accidente.(Copia certificada)

POR INVALIDEZ PERMANENTE

- A) Presentar la planilla de declaración de siniestro completada por el ASEGURADO, médico tratante y clínica.
- B) Informe médico al detectarse la incapacidad, amplio y detallado preferiblemente impreso o en su defecto letra de molde (Original)
- C) Anexar radiografías, exámenes de laboratorio y otros documentos que avalen el reclamo.(Original)
- D) Presentar facturas originales, emitidas bajo requerimientos del SENIAT debidamente selladas y avaladas con recetas médicas.
- E) Informe(nes) médico(s) de la incapacidad, que certifique la mismas (Original)
- F) De igual manera, al séptimo mes deberá entregar el(los) Informe(nes) médico(s) que certifique la evolución de la misma (Original).
- G) Certificación de incapacidad emitido por el I.V.S.S. (Original y/o copia certificada)

POR GASTOS MEDICOS

- A) Presentar la planilla de declaración de siniestro completada por el ASEGURADO, médico tratante y clínica.
- B) Presentar facturas originales, emitidas bajo requerimientos del SENIAT debidamente selladas y avaladas con recetas médicas.
- C) Informe medico emitido por la institución y médico tratante donde fue atendido por emergencia (ingreso, diagnostico, paraclínicos, terapia y egreso)
- D) Anexar radiografías, exámenes de laboratorio y otros documentos que avalen el reclamo.(Original)
- E) Informe de las autoridades que intervinieron en el accidente (copia certificada)

Zurich Seguros, S.A. se reserva el derecho de solicitar cuando a su juicio lo considere necesario, cualquier otro documento o justificativo que puedan ser requeridos a El Asegurado con respeto al reclamo que presenta. La Compañía tendrá la facultad de hacer examinar a El Asegurado por sus médicos autorizados y designados por ella en el momento que considere necesario. Lo anterior sin perjuicio de la facultad que se reserva de obtenerlos por sus propios medios.

Casos facturados en el exterior debe deben presentar toda su documentación legalmente traducida al Castellano y autenticadas la misma por el consulado venezolano acreditado en el país que los emisor.

