

**NOTIFICACIÓN DE SINIESTRO
ZURICH LIFE**



Póliza Nro.:

Certificado Nro.:

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO O EL BENEFICIARIO

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 (Si es el mismo que el AFECTADO 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 DE MUERTE NATURAL O 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

LLENAR SOLO EN EL CASO DE MUERTE O DESMEMBRAMIENTO 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 cuales?	

Centro Hospitalario donde se realizó las Primeras Curas	Apellido(s) y Nombre(s) Médico Tratante
Fecha en que se trato con Medico:	Hora en que se trato con Médico (am/pm):

Si hubo Testigos del Accidente rellenar el siguiente cuadro

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

LLENAR SOLO EN EL CASO DE ENFERMEDAD GRAVE (Todos los campos son obligatorios)						
Fecha en que comenzaron los síntomas:			síntomas (explique):			
Fecha de diagnostico de la enfermedad:			Diagnostico (explique):			
Consulta a un médico con anterioridad por estos síntomas?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	(En caso afirmativo complete)	
Apellido(s) y Nombre(s) del médico:			Fecha de consulta:			
Clínica o Centro Médico donde Trabaja el médico						
SOLO PARA SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE						
La atención médica es directa o exclusivamente producida por un: <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD						
En que consiste la lesión (en caso de Accidente):						
A consecuencia de qué se produce la misma (en caso de Accidente)?						
Tratamiento efectuado: MEDICO <input type="checkbox"/> QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> Especifique:						
Fecha del Diagnostico:			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:						
Posibles consecuencias de la lesión o enfermedad (si aplica):						
¿Producirá alguna incapacidad total o parcial? Explique.						
¿Deberá guardar cama? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará el periodo hasta la curación total?						
¿Podrá con anterioridad reanudar en parte sus ocupaciones?						
DATOS DEL MEDICO TRATANTE						
Apellido(s) y Nombre(s):			C.I./Pasaporte:			
Fecha de Nacimiento:		Sexo:	Estado Civil:			
Dirección:			Telf(s):		E-mail:	
FIRMA DEL MEDICO			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
/ /	/ /					
<div style="border-top: 1px solid black; width: 100%; margin-top: 10px;"> Sello y Firma Autorizada CENTRO HOSPITALARIO </div>						
FIRMO EN TOTAL CONFORMIDAD CON TODO LO ANTERIORMENTE EXPUESTO.						
Constancia que se firma en:			Día:	Mes:	Año:	
<div style="border-top: 1px solid black; width: 100%; margin-top: 10px;"> Asegurado </div>						
C.I.:						

ZURICH LIFE
DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

POR FALLECIMIENTO (Muerte Natural o Accidental)

REFERENTES AL ASEGURADO :

- A) Presentar la planilla de declaración de siniestro completada en todas sus partes.
- 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. Resulta de investigación judicial sobre las causas que originaron el deceso. (Original o copia

REFERENTES A BENEFICIARIOS DESIGNADOS

- A) Partida de Nacimiento (Original)
- B) Fotocopia de la Cédula de Identidad
- C) Cónyuges deben presentar acta de matrimonio (Original)
- D) Menores de edad requieren autorización Judicial / Tribunal a nombre de Zurich Seguros,S.A. para el Representante Legal.(Original)
- E) Presentar la planilla de declaración de beneficiario

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 cedula de identidad de las personas declaradas como Únicos (s) Universal (es) Heredero (s) y
- C) Partida de Nacimiento (Original)

POR DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE

LESIONES POR ACCIDENTES

- 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 recipes médicos.
- E) Informen(s) médico(s) al séptimo mes de la incapacidad que certifique la evolución de la mismas (Original)
- F) Certificación de incapacidad emitido por el I.V.S.S. (Original y/o copia certificada)

POR ENFERMEDADES GRAVES

- A) Original del Informe Médico emitido por un especialista en el tipo de lesión o enfermedad, que indique el tipo de enfermedad o lesión que se haya diagnosticado.
- B) Resultados de todos los exámenes practicados.
- C) Información clínica, radióloga históloga y de laboratorio.
- D) Cualquier otro tipo de informe médico, resultados de exámenes y otros documentos justificativos del estado de salud y condiciones físicas del ASEGURADO

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.