

OCEÁNICA

DE SEGUROS

ASÍ DE SIMPLE

Solicitud de Tramitación de Siniestros

de Personas

Fecha

15/11/2021

INSTRUCCIONES:

1. MARQUE EL SERVICIO A SOLICITAR Y COMPLETE CORRECTAMENTE TODOS LOS CAMPOS SOLICITADOS.

2. SUMINISTRE O ADJUNTE LOS DOCUMENTOS SEÑALADOS SEGÚN SEA EL SERVICIO SOLICITADO.

3. EN CASO DE TRAUMATISMO O EMERGENCIA POR ACCIDENTE UD. DEBERÁ LLENAR EL FORMULARIO CARTA NARRATIVA.

SERVICIO A SOLICITAR

☐ Emergencia

☐ Carta Aval

☐ Reembolso

Tipo de Póliza

☐ Individual

☐ Colectivo

Indique nombre del Contratante:

DATOS DEL TITULAR/BENEFICIARIO

Asegurado	Nombres y Apellidos	Cédula de identidad	Teléfono/ Celular	Correo Electrónico
Titular		-	-	
Beneficiario		-	-	

DATOS PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA

Indique el Centro de Salud

Hora del ingreso al Centro de Salud

Datos del Acompañante/Familiar

Nombres y Apellidos	Teléfono Contacto
	-

¿La emergencia es a causa de un accidente?

☐ No

☒ Si

(En caso de ser afirmativo complete los datos referidos al accidente)

Indique el motivo de la consulta

Solo para ser llenado en caso de Accidente

Fecha del Accidente	Hora del Accidente	Lugar de Ocurrencia
dd/mm/aaaaa		
Causa del Accidente		

Para la atención de la emergencia Usted, deberá consignar Cédula de Identidad del Titular de la póliza y del Beneficiario (en caso de ser el afectado)

DATOS DEL REEMBOLSO

Tipo de Siniestro por:

☐ Póliza HCM

☐ Póliza Accidentes Personales

☐ Póliza Accidentes Escolares

☐ Póliza Funerario/Vida

Monto del Reclamo	Diagnóstico	Fecha de ocurrencia (evento o servicio recibido)
		dd/mm/aaaa

Documentos consignados:

☐ Informe Médico

☐ Resultados de estudios que corroboren diagnóstico

☐ Facturas originales

¿Siniestro complemento anterior por la misma causa?

☐ Si

☒ No

En caso de reembolso por Medicinas o Fármacos anexar los siguientes documentos

☐ Récepes

☐ Indicaciones

En caso de solicitar Reembolso por Funerario/Vida anexar los siguientes documentos

☐ Cédula de Identidad Beneficiario - Fallecido

☐ Acta de Defunción

Le recordamos: La compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento que pueda requerir para la tramitación

DATOS DE LA CARTA AVAL

Monto del Presupuesto	Fecha del Presupuesto	Centro de Salud
	dd/mm/aaaaa	

Marque los Documentos consignados (obligatorios)

☐ Informe Médico

☐ Resultados de estudios que corroboren diagnóstico

☐ Presupuesto

Observaciones

DATOS BANCARIOS DEL TITULAR DE LA PÓLIZA PARA EL REEMBOLSO

Suministre a continuación los datos de información financiera del Titular de la Póliza para la transferencia del monto a indemnizar

Nombre del Banco	Tipo de Cuenta	Nro. Cuenta Bancaria (20 dígitos)																				
	<div><input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente</div>					-					-			-								

AUTORIZACIÓN

FOR02-07-04-02 (08/2020)

Declaro que las información y documentos suministrados a la Compañía Aseguradora, son verdaderas, completa y servirán de base para el cálculo de la indemnización aquí solicitada, siempre que los gastos ocasionados estén cubiertos por la Póliza.

En caso de indemnización por reembolso donde sea efectuado el pago, Oceánica de Seguros, C. A., quedará liberado de la obligación a su cargo hasta por el monto indemnizado, otorgándole el Finiquito de Ley. Autorizo a los médicos y a la institución hospitalaria a proporcionar sin reservas la información solicitada en esta planilla, así como cualquier información adicional que el Asegurador estime conveniente solicitar.

FIRMAS	(SOLO PARA SER LLENADO POR LA OFICINA RECEPTORA)	
Asegurado/Beneficiario	Datos de la Recepción	
	Nombre de la Oficina Receptora	Fecha y Sello dd/mm/aaaa
	Firma	