

Datos Generales
Causa de la Reclamación: Muerte Accidente Incapacidad Enfermedad **Plan** Individual Colectivo

 Contratante _____
Nombres Apellidos

 Póliza No. _____ Certificado No. _____ Fecha de emisión _____ Suma Reclamada _____
Día Mes Año
Datos del Asegurado

Apellidos _____ Nombres _____

 Fecha de nacimiento _____ Dirección _____
Día Mes Año Calle y Número

Apartamento y Edificio Sector M F
Sexo

Ciudad Empresa donde labora _____

 Fecha de ingreso _____ Ocupación a la fecha de evento _____ Sueldo mensual _____
Día Mes Año

 Fecha en que trabajó por última vez a tiempo completo _____ Posee Seguro de Vida en otra Compañía? Sí No
Día Mes Año

En caso afirmativo, indique: Nombre de la empresa _____ Valor Asegurado _____

Datos del Evento

 Causa _____ Fecha en que ocurrió _____
Día Mes Año

Lugar _____

Describa la actividad realizada en el momento que ocurrió _____

Por Enfermedad

Diagnóstico _____

 Inicio de los síntomas _____
Día Mes Año

 Fecha de la primera consulta _____
Día Mes Año

Tratamiento Inicial _____

 _____ Fecha _____
Día Mes Año

Tratamiento Actual _____

Incapacidad

 Tipo de Incapacidad: Total Temporal Parcial Temporal
 Total Permanente

En caso de Incapacidad Temporal, indique:

 Duración: Desde _____ Hasta _____
Día Mes Año Día Mes Año

 Región afectada _____
(Si es una mano o brazo, pie o pierna, especifique si es derecho/izquierdo)
Por Accidente

Hora en que ocurrió _____

Describa de forma precisa las lesiones sufridas _____

 ¿Se realizó una pesquisa judicial? Sí No En caso afirmativo, envíe:

1. Copia certificada del fallo del jurado
2. Todo el testimonio sobre el cual se basó el veredicto

 Testigo _____
Nombres y Apellidos

 Dirección _____
Calle y número

Sector/Ciudad

Teléfono _____

Por Fallecimiento

 Fecha en que falleció _____
Día Mes Año

 ¿Cuándo comenzó a ser afectada la salud del asegurado? _____
Día Mes Año

 Duración de la última enfermedad: Desde _____ Hasta _____
Día Mes Año Día Mes Año

Detalle de la última enfermedad _____

Médicos Tratantes

1. _____
Nombres _____ Apellidos _____
 Especialidad _____ Centro _____
 Dirección _____
Calle y Número _____ Apartamento y Edificio _____
Sector _____ Ciudad _____
 Teléfonos: Res. _____ Consultorio _____ Celular _____

2. _____
Nombres _____ Apellidos _____
 Especialidad _____ Centro _____
 Dirección _____
Calle y Número _____ Apartamento y Edificio _____
Sector _____ Ciudad _____
 Teléfonos: Res. _____ Oficina _____ Celular _____

Datos de los Beneficiarios

Representante o Beneficiario Principal _____
Nombres _____ Apellidos _____
 Dirección _____
Calle y Número _____ Apartamento y Edificio _____
Sector _____ Ciudad _____
 Teléfonos: Res. _____ Oficina _____ Celular _____
 Fecha de nacimiento: _____
Día _____ Mes _____ Año _____
 Cédula _____
 Parentesco _____

Beneficiarios Adicionales

Nombres (primer y segundo)	Apellidos (paterno y materno)	Cédula	Fecha de Nacimiento			Parentesco	Teléfono
			Día	Mes	Año		

Por este medio hago constar que todas las declaraciones hechas aquí, son verdaderas según mi leal saber y entender, y que no ha sido ocultado ningún hecho de importancia.

Fecha _____
Día _____ Mes _____ Año _____
 _____ Contratante o Patrono _____ Reclamante _____

DOCUMENTOS A ANEXAR:

- Acta de Nacimiento Legalizada del Fallecido y cada uno de los Beneficiarios
- Acta de Defunción Oficial
- Acta de Designación de Tutor. En caso de beneficiarios (o herederos) declarados menores de edad o persona mentalmente incapacitada.
- Acta de Determinación de Herederos. Siempre y cuando no existan beneficiarios declarados en la póliza.
- Acta Policial. Para los casos de accidentes y suicidios voluntarios o involuntarios.
- Justificación del Último Salario Devengado por el Finado. Copia del último cheque, comprobante de pago y/o fotostática de la nómina, etc. (En caso de que el asegurado pertenezca a una empresa afiliada).
- Certificación del Nombramiento del Administrador o Albacea. En caso de que el pago sea para los herederos.
- Copia Certificada del Acta de Defunción de Beneficiarios Fallecidos.