



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Muerte, Incapacidad-Invalidez, Desmembración, Desempleo, Renta Hospitalaria

IMPORTANTE: Antes de completar esta declaración lea detenidamente las instrucciones en la parte inferior del reverso de este formulario.

I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Nombre completo del Asegurado _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____

Estado Civil: Casado Soltero Soltero (Divorciado) Soltero (Viudo)

Dirección domiciliar del Asegurado: _____

Documento y Número de Identificación _____ Póliza No. _____ Certificado No. _____ Vigencia del seguro DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____

Ocupación a la fecha del siniestro _____ ¿Por quién fue pagada la última prima? _____ ¿A quién fue pagada y cuándo? _____

¿Posee otros seguros relacionados a esta reclamación? Sí No Especifique: _____

II. DETALLES DEL SINIESTRO

Cobertura que origina la reclamación del seguro: Muerte Incapacidad - Invalidez Desmembración Desempleo Renta Hospitalaria

Causa específica del siniestro: Accidente^A Enfermedad^B Homicidio Maternidad Suicidio

Lugar y hora del siniestro _____ Fecha del siniestro DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____ Última fecha de trabajo DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____

En el siniestro, hubo efectos directos o indirectos causados por:

Su ocupación Uso de estupefacientes Uso de bebidas alcohólicas El lugar de residencia

^A En Caso de Accidente, indique:

¿Cómo ocurrió el accidente? (Dar detalles) _____

Qué autoridad se hizo cargo del hecho: Bomberos Policía Ministerio Público

^B En Caso de Enfermedad, indique:

DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____ Fecha que inició la enfermedad _____ El(los) médico(s) tratante(s) _____

En Caso de Muerte, indique: ¿Hizo testamento el fallecido? Sí No ¿Se cambiaron los beneficiarios de esta póliza en el testamento? Sí No

En Caso de Desempleo, indique: No. de Préstamo _____ Empleado a tiempo completo en Relación de Dependencia Trabajador Independiente

III. DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre completo del Reclamante: _____

¿Con qué carácter o título reclama? _____ Parentesco con el Asegurado _____ Documento y Número de Identificación _____

Dirección actual del Reclamante: _____ DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____

Fecha de Nacimiento: _____

Para informarle sobre el estatus del reclamo presentado, favor completar las siguientes casillas:

TELÉFONO CELULAR _____

COMPañÍA DE TELÉFONO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

Hago constar que todas las declaraciones hechas en este formulario son verdícas y completas según mi leal saber y entender, convengo en suministrar declaraciones de los médicos que asistieron o trataron al Asegurado así como los demás documentos que exija la Compañía por pertinentes a esta reclamación y también en que tales declaraciones o documentos deberán por este medio constituir y formar parte integrante de las pruebas de esta reclamación. Al suministrar esta forma e investigar el reclamo, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de cualquier reclamo ni a renunciar a sus derechos por la infracción de cualquiera de las condiciones de la póliza.

FIRMA DEL RECLAMANTE _____

ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL RECLAMANTE

IV. LEGALIZACIÓN DE FIRMA (Completar únicamente en caso de fallecimiento del Asegurado)

FIRMA DEL RECLAMANTE

FIRMA Y SELLO DEL ABOGADO Y NOTARIO

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE (Completar con letra de molde y legible)

Nombre completo del paciente : _____ Edad: _____

1. Diagnóstico: _____

2. Causa del diagnóstico: Accidente Enfermedad Maternidad

3. Fecha del diagnóstico _____ ¿Cuándo fue consultada por primera vez esta condición?

DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____

DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____

4. ¿Hubo algún procedimiento quirúrgico? Sí No Fecha de procedimiento DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____

En caso afirmativo, describa: _____

5. Indique cuanto tiempo estuvo incapacitado el paciente parcialmente: _____

6. Indique cuando y porque incapacidad(es) lo ha tratado usted con anterioridad: _____

Fecha de procedimiento

DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____

En caso de pérdida o desmembración, completar las preguntas de la 7 a la 9

7. Parte(s) del cuerpo afectada(s): _____

Fecha de la pérdida o desmembramiento

DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____

8. ¿A qué altura de la extremidad ocurrió la pérdida? _____

9. En caso de pérdida de la visión de uno o los dos ojos, ¿fue esta pérdida parcial o completa? _____

En caso afirmativo, especifique: _____

Nombre del Médico Tratante

Especialidad

Dirección: _____

Teléfono: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

No. DE COLEGIADO

INSTRUCCIONES

- Las Secciones I, II y III de este formulario deben ser completados por el Asegurado y/o Beneficiario a quien se le debe pagar el seguro.
- La Sección IV debe ser completada por el Abogado y Notario únicamente en caso de fallecimiento del Asegurado, legalizando la firma del Reclamante.
- La Sección V debe ser completada por el Médico Tratante únicamente cuando la reclamación sea por Muerte, Incapacidad-Invalidez, Desmembración o Renta Hospitalaria.
- Cuando obtenga todos los documentos requeridos para el trámite de la reclamación, entréguelos para su conveniencia a Seguros El Roble, a su corredor o agente de seguros lo más pronto posible.
- No se aceptan documentos parciales, debe completarse todas las secciones aplicables.
- En Caso de Muerte, si hay más de un beneficiario, cada uno debe completar un formulario. Cuando la cantidad del seguro sea pagadera a un menor de edad, el formulario debe completarlo quien tenga la representación legal.

ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL RECLAMANTE