

I. Datos del Asegurado

Nombre completo: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Fecha de nacimiento:

Día		Mes		Año	

 Cédula: _____

Póliza número: _____ Ocupación: _____

II. Datos del Evento

Causa de la reclamación: Fallecimiento (muerte) ☐ Accidente ☐ Incapacidad ☐ Desmembramiento ☐

Explique otra condición e incapacidad que contribuyeron al evento: _____

III. Por Fallecimiento (favor completar en caso de que aplique)

Fecha en que falleció:

Día		Mes		Año	

 Lugar donde falleció: _____

Institución financiera (en caso de que aplique): _____

Oficina (en caso de que aplique): _____

Detalle de la última enfermedad (en caso de que aplique): _____

¿Estuvo el difunto hospitalizado? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es positiva especifique la causa: _____

Centro de Salud: _____ Teléfono: _____

Médico tratante: _____ Email: _____

IV. Por Accidente (favor completar en caso de que aplique)

¿Se realizó una acta policial? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, anexe el mismo.

V. Incapacidad/Desmembramiento (favor completar en caso de que aplique)

Tipo de incapacidad: Total Temporal ☐ Parcial Temporal ☐ Total Permanente ☐

En caso de Incapacidad Temporal, indique: Duración: desde

Día		Mes		Año	

 hasta

Día		Mes		Año	

Región afectada: _____

(Si es una mano o brazo, pie o pierna especifique si es derecho o izquierdo)

VI. Datos del reclamante (Persona o Empresa)

Nombre completo: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Parentesco (en caso de que aplique): _____

VII. Firma del declarante

Yo, _____ hago constar que estas declaraciones son verídicas y completas a mi leal saber y de buena fé y que toda la documentación depositada es verídica y fue obtenida por los canales regulares.

Firma del Declarante

Cédula

Fecha:

Día		Mes		Año	

VIII. Datos del Contratante (Para uso interno)

Contratante: _____

Certificado número: _____ Cédula/RNC: _____ Póliza: Individual ☐ Colectivo ☐

DECLARACIÓN:

- Firma proporcionada debe coincidir con firma de cédula.
- La información suministrada y la investigación de la reclamación presentada no implica que la compañía admita la validez o violación de las condiciones de la póliza.
- Todos los campos deben ser completados en los casos que aplique.

Reclamación Seguros de Personas**IX. Declaración del Médico (Indispensable si no ha vencido el tiempo de indisputabilidad o es un reclamo de salud)**

Explique las causas de la muerte, enfermedad, lesión o complicación:

¿Desde cuándo padecía la enfermedad, lesión o complicación? Favor indicar la fecha:

Día			Mes			Año			

Detalles de las causas previas al reclamo:

Explique otras condiciones de importancia que contribuyeron al reclamo:

Fecha de la primera vez que se consultó con usted por la enfermedad:

Día			Mes			Año			

 Hora: _____La causa fue por: Enfermedad ☐ Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐

Favor describirlo brevemente: _____

¿Se practicó una autopsia? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, anexar informe¿Tiene usted conocimiento de que el paciente recibió tratamiento de algún otro médico o en algún hospital o institución durante los últimos 5 años? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo facilite los siguientes datos:

Nombre del Médico	Especialidad	Correo Electrónico

Yo, Dr(a). _____ hago constar que estas declaraciones son verídicas y completas a mi leal saber y de buena fé.

Especialidad: _____ Exequátur: _____

Fecha:

Día			Mes			Año			

Firma y sello del médico
(Sello aplica para empresas)**NOTAS:**

- Firma proporcionada debe coincidir con firma de cédula.
- Todos los campos deben ser completados en los casos que aplique.