

I. Datos del Asegurado

Nombre completo: _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento:

Día	Mes	Año							

 Cédula: _____

Póliza número: _____ Ocupación: _____

II. Datos del EventoCausa 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_____
CédulaFecha:

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.

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, anexas 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.