

RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Motivo de la Incapacidad

Enfermedad Accidente

Datos del Contratante

Nombre del Contratante _____ Sucursal _____

Dirección _____ Póliza No. _____

Datos del Asegurado

Nombres _____ Apellidos _____

Cédula/Pasaporte _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo: F M

Dirección _____ Sector _____

Teléfonos _____ Correo electrónico _____

Declaración de Salud

1.- Fecha y hora del inicio de la enfermedad u ocurrencia del accidente: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____

2.- Fecha en la que dejó de realizar los deberes relacionados a su ocupación: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____

3.- ¿Ha realizado usted algún trabajo desde el comienzo de la incapacidad? En caso afirmativo, especifique SÍ NO

4.- ¿Pasa el tiempo en la clínica/hospital? SÍ NO En caso afirmativo, especifique: Desde _____ Hasta _____

5.- ¿Pasa el tiempo en la casa? SÍ NO En caso afirmativo, especifique: Desde _____ Hasta _____

6.- ¿Cuándo espera regresar a trabajar? Día _____ Mes _____ Año _____ Otros _____

Datos de los médicos que lo hayan atendido a consecuencia de la condición actual

Nombres del Médico	Especialidad	Diagnóstico	Fecha			Clínica/Hospital
			Día	Mes	Año	

Contestar las siguientes preguntas sólo en caso de que la incapacidad haya sido a consecuencia de un accidente

1.- Fecha y hora en la que ocurrió el accidente: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____

2.- Lugar y ciudad donde ocurrió el accidente _____

3.- Describa las lesiones sufridas y causadas en su totalidad por el accidente _____

Firma del Asegurado

Fecha