

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.

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.