

**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\_\_\_\_\_  
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.