

**IMPORTANTE:** Antes de completar esta declaración lea detenidamente las instrucciones en la parte inferior del reverso de este formulario.**SECCIÓN I – DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre completo del Asegurado

Lugar de nacimiento  Fecha de nacimiento   
DÍA MES AÑO

Estado civil: Casado  Soltero  Soltero (Divorciado)  Soltero (Viudo)

Dirección domiciliar del Asegurado

Documento y Número de Identificación  Póliza No.  Certificado No.  Vigencia del seguro   
DÍA MES AÑO

Ocupación a la fecha del siniestro  ¿Por quién fue pagada la última prima?  ¿A quién fue pagada y cuándo?

¿Posee otros seguros relacionados a esta reclamación?  Especifique:

**SECCIÓN II – DETALLES DEL SINIESTRO**

Cobertura que origina la reclamación del seguro:  
Muerte  Incapacidad - Invalidez  Desmembración  Desempleo  Renta Hospitalaria

Causa específica del siniestro: Accidente<sup>A</sup>  Enfermedad<sup>B</sup>  Homicidio  Maternidad  Suicidio

Lugar y hora del siniestro  Fecha del siniestro  Última fecha de trabajo   
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

En el siniestro, hubo efectos directos o indirectos causados por:  
Su ocupación  Uso de estupefacientes  Uso de bebidas alcohólicas  El lugar de residencia

<sup>A</sup>En Caso de Accidente, indique:  
¿Cómo ocurrió el accidente? (Dar detalles)

Qué autoridad se hizo cargo del hecho: Bomberos  Policía  Ministerio Público

<sup>B</sup>En Caso de Enfermedad, indique:  
Fecha que inició la enfermedad  El(los) médico(s) tratante(s)   
DÍA MES AÑO

En Caso de Muerte, ¿hizo testamento el fallecido?  ¿Se cambiaron los beneficiarios de esta póliza en el testamento?

En Caso de Desempleo, indique: No. de Préstamo   
Empleado a tiempo completo en Relación de Dependencia  Trabajador Independiente

**SECCIÓN III – DATOS DEL RECLAMANTE**

Nombre completo del Reclamante

¿Con qué carácter o título reclama?  Parentesco con el Asegurado  Documento y Número de Identificación

Dirección actual del Reclamante  Fecha de nacimiento   
DÍA MES AÑO

**Para informarle sobre el estatus del reclamo presentado, favor completar las siguientes casillas:**

TELÉFONO CELULAR COMPAÑÍA DE TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Hago constar que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender, convengo en suministrar declaraciones de los médicos que asistieron o trataron al Asegurado así como los demás documentos que exija la Compañía por pertinentes a esta reclamación y también en que tales declaraciones o documentos deberán por este medio constituir y formar parte integrante de las pruebas de esta reclamación. Al suministrar esta forma e investigar el reclamo, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de cualquier reclamo ni a renunciar a sus derechos por la infracción de cualquiera de las condiciones de la póliza.

FIRMA DEL RECLAMANTE

**ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL RECLAMANTE**

