

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^A Enfermedad^B 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

^AEn Caso de Accidente, indique:
¿Cómo ocurrió el accidente? (Dar detalles)

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

^BEn 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

SECCIÓN IV – LEGALIZACIÓN DE FIRMA (Completar únicamente en caso de fallecimiento del Asegurado)

FIRMA DEL RECLAMANTE

FIRMA Y SELLO DEL ABOGADO Y NOTARIO

SECCIÓN V – INFORME DEL MÉDICO TRATANTE (Completar con letra de molde y legible)

Nombre completo del paciente

Edad

1. Diagnóstico:

2. Causa del diagnóstico:

Accidente Enfermedad Maternidad

3. Fecha del diagnóstico

¿Cuándo fue consultada por primera vez esta condición?

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

4. ¿Hubo algún procedimiento quirúrgico?

En caso afirmativo, describa:

Fecha de procedimiento

DÍA MES AÑO

5. Indique cuanto tiempo estuvo incapacitado el paciente parcialmente

6. Indique cuando y porque incapacidad(es) lo ha tratado usted con anterioridad:

Fecha de padecimiento

DÍA MES AÑO

En caso de pérdida o desmembración, completar las preguntas de la 7 a la 9

7. Parte(s) del cuerpo afectada(s):

Fecha de la pérdida o desmembramiento

DÍA MES AÑO

8. ¿A qué altura de la extremidad ocurrió la pérdida?

9. En caso de pérdida de la visión de uno o los dos ojos, ¿fue esta pérdida parcial o completa?

En caso afirmativo, especifique:

Nombre del Médico Tratante

Especialidad

Dirección

Teléfono

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

No. DE COLEGIADO

INSTRUCCIONES

- Las Secciones I, II y III de este formulario deben ser completados por el Asegurado y/o Beneficiario a quien se le debe pagar el seguro.
- La Sección IV debe ser completada por el Abogado y Notario únicamente en caso de fallecimiento del Asegurado, legalizando la firma del Reclamante.
- La Sección V debe ser completada por el Médico Tratante únicamente cuando la reclamación sea por Muerte, Incapacidad-Invalidez, Desmembración o Renta Hospitalaria
- Cuando obtenga todos los documentos requeridos para el trámite de la reclamación, entréguelos para su conveniencia a Seguros El Roble, a su corredor o agente de seguros lo más pronto posible.
- No se aceptan documentos parciales, debe completarse todas las secciones aplicables.
- En Caso de Muerte, si hay más de un beneficiario, cada uno debe completar un formulario. Cuando la cantidad del seguro sea pagadera a un menor de edad, el formulario debe completarlo quien tenga la representación legal.

ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL RECLAMANTE