

**Datos Generales**
**Causa de la Reclamación:**  Muerte  Accidente  Incapacidad  Enfermedad **Plan**  Individual  Colectivo

 Contratante \_\_\_\_\_  
Nombres Apellidos

 Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_ Fecha de emisión \_\_\_\_\_ Suma Reclamada \_\_\_\_\_  
Día Mes Año
**Datos del Asegurado**

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Día Mes Año Calle y Número

 \_\_\_\_\_  
Apartamento y Edificio Sector  M  F  
Sexo

 \_\_\_\_\_  
Ciudad Empresa donde labora \_\_\_\_\_

 Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Ocupación a la fecha de evento \_\_\_\_\_ Sueldo mensual \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

 Fecha en que trabajó por última vez a tiempo completo \_\_\_\_\_ Posee Seguro de Vida en otra Compañía?  Sí  No  
Día Mes Año

En caso afirmativo, indique: Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ Valor Asegurado \_\_\_\_\_

**Datos del Evento**

 Causa \_\_\_\_\_ Fecha en que ocurrió \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Lugar \_\_\_\_\_

Describa la actividad realizada en el momento que ocurrió \_\_\_\_\_

**Por Enfermedad**

Diagnóstico \_\_\_\_\_

 Inicio de los síntomas \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

 Fecha de la primera consulta \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Tratamiento Inicial \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Tratamiento Actual \_\_\_\_\_

**Incapacidad**

 Tipo de Incapacidad:  Total Temporal  Parcial Temporal  
 Total Permanente

En caso de Incapacidad Temporal, indique:

 Duración: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año

 Región afectada \_\_\_\_\_  
(Si es una mano o brazo, pie o pierna, especifique si es derecho/izquierdo)
**Por Accidente**

Hora en que ocurrió \_\_\_\_\_

Describa de forma precisa las lesiones sufridas \_\_\_\_\_

 ¿Se realizó una pesquisa judicial?  Sí  No En caso afirmativo, envíe:

1. Copia certificada del fallo del jurado
2. Todo el testimonio sobre el cual se basó el veredicto

 Testigo \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos

 Dirección \_\_\_\_\_  
Calle y número

 \_\_\_\_\_  
Sector/Ciudad

Teléfono \_\_\_\_\_

**Por Fallecimiento**

 Fecha en que falleció \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

 ¿Cuándo comenzó a ser afectada la salud del asegurado? \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

 Duración de la última enfermedad: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año

Detalle de la última enfermedad \_\_\_\_\_

