

Declaración del Reclamante

Beneficio Adicional de Desmembración por Causa Accidental

**Sírvase contestar todas las preguntas con amplitud.
(No responder o responder de forma incompleta puede retrasar el pago de la reclamación)**

1. Póliza _____ Certificado No.: _____ Contratante: _____

(Únicamente para pólizas colectivas)

Datos Personales:

2. Nombre Completo: _____

3. Dirección Actual: _____

4. No. de Cédula: Orden: _____ Registro: _____ Extendida en: _____

5. Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

6. Fecha del Accidente: _____

7. Causa del Accidente (Detalle lo ocurrido)

8. Indique la información que se detalla a continuación, de los hospitales, sanatorios o clínicas en los que fue atendido:

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO

9. Adjunte un informe del médico tratante en el cual se detalle la desmembración efectuada.

DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y EXACTA, POR LO TANTO ES LA QUE DEBE SER TOMADA EN CUENTA PARA COMPLETAR EL TRAMITE CORRESPONDIENTE.

Lugar y fecha: _____

DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE COMPLETO	DIRECCION	TELEFONO	FIRMA

NOTA: SOLAMENTE SI EL ASEGURADO ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA FIRMAR, PODRA HACERLO OTRA PERSONA EN SU LUGAR.