

Declaración del Reclamante Beneficio Adicional de Invalidez Total y Permanente (INDIVIDUAL, COLECTIVO O SALDOS DEUDORES)

Sírvase contestar a todas las preguntas con amplitud.

(No responder o responder de forma incompleta puede retrasar el pago de la reclamación)

1. Póliza No.: _____ Certificado No.: _____ Contratante: _____
(Únicamente para pólizas colectivas)

Datos del Asegurado:

2. Nombre completo: _____

3. Dirección de residencia: _____

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

5. Lugar y fecha de nacimiento: _____ Día _____ Mes _____ Año _____

6. Indique la fecha de inicio del padecimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

7. Describa el padecimiento: _____

8. Indique el estado de salud actual: _____

9. Indique la información que se detalla a continuación, de los médicos consultados en los últimos 12 meses:

NOMBRE	COLEGIADO	DIRECCION	TELEFONO

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

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO

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.