

**FORMULARIO PARA RECLAMACIÓN DE VIDA, RENTA HOSPITALARIA,
DESMEMBRACIÓN O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR O RECLAMANTE

Nombres y apellidos: _____

No. de DPI o Pasaporte: _____

Dirección para Notificaciones: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfonos informar seguimiento: _____ Celular: _____

Fecha de reclamación: _____

DATOS DEL ASEGURADO:

Nombres y apellidos del Asegurado Afectado: _____

Lugar, fecha y hora del Siniestro: _____

Explicación cómo sucedió el Siniestro: _____

Nombres y Apellidos de Beneficiarios	DPI o Pasaporte	Parentesco	% Beneficio	Firma

REQUISITOS PARA LA GESTIÓN DEL RECLAMO:

En todos los casos Formulario de Reclamo **debidamente lleno.**

REQUISITOS PARA RECLAMO POR MUERTE:

- Original del Certificado de seguro del Asegurado.
- Original del Certificado de Nacimiento.
- Original o copia autenticada del Certificado de defunción.
- En caso de Muerte Natural Certificación Médica de la defunción
- Copia simple de factura o certificación funeraria.
- Fotocopia autenticada de DPI de cada Beneficiario.
- Si el Beneficiario es menor de edad, Certificación de partida de nacimiento y copia DPI autenticado de quien ejerza la Patria Potestad.

RENTA HOSPITALARIA, DESMEMBRACIÓN O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- Fotocopia del certificado de seguro
- Fotocopia de DPI del Asegurado
- Certificación del hospital donde identifique:
 - Nombre Completo del asegurado y No. DPI.
 - Fecha de ingreso y egreso
 - Diagnóstico por el cual estuvo hospitalizado o procedimientos médicos efectuados al asegurado.

PARA FALLECIMIENTO DE FORMA ACCIDENTAL O VIOLENTA AGREGAR:

- Copia legible y completa del parte policiaco.
- Copia de Acta de levantamiento de Cadáver o informe de bomberos.
- Resultados de Necropsia y alcoholemia (indispensable por Muerte Accidental) Excepto si la póliza es del producto Vivo Segura.

Firma del Reclamante

Vo. Bo. Banco

Firma y Sello del Gerente de Agencia o Encargado

No. de Agencia: _____