



FORMULARIO DE RECLAMO POR PÉRDIDA DE MIEMBROS CAUSADA POR ACCIDENTE

1. Información de la póliza

Nombre del Asegurado _____

Número de Póliza _____

Suma Asegurada: _____

2. Información del Asegurado

Nombre Completo _____

Lugar y Fecha de Nacimiento _____

DPI _____ Estado Civil _____

Ocupación _____

3. Información del Siniestro

Fecha del accidente _____ Hora _____ Lugar _____

Describe las circunstancias que ocasionaron el accidente



Testigos que presenciaron el hecho _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del Médico que certifica el accidente _____

Participaron los Bomberos SI NO Cuáles? _____

Causa del accidente _____

4. Documentos que adjunto

DESCRIPCIÓN DE DOCUMENTO	SI	NO
A. Certificación Médica (detallar fecha de accidente, diagnóstico)		
B. DPI del Asegurado (copia)		
C. Resultados e informes de pruebas diagnósticas que soporten el dictamen médico		
D. Otros documentos		

Fecha _____

Firma _____

Asegurado