



IMPORTANTE: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones, enmendaduras o información adicional favor validarlas con la firma al respaldo. De la veracidad de la información suministrada a continuación, depende del éxito de su reclamación. ((Porfavor no dejar espacios en blanco)).

DATOS DEL TOMADOR

D | D | M | M | A | A | A | A

NOMBRE		NIT o C.C.		No. POLIZA	
CORREO ELECTRONICO		DIRECCION		NUMERO TELEFÓNICO	
				CIUDAD	

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE		IDENTIFICACION		ESTADO CIVIL		NOMBRE A QUE E.R.S. O A.F.P. Y/O A.R.P. ESTA AFILIADO	
CORREO ELECTRÓNICO		DIRECCION		NUMERO TELEFONICO		CIUDAD	
						EDAD	

PERSONA JURIDICA

DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE		NIT o C.C.	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
		CORREO ELECTRÓNICO	

PERSONA NATURAL

1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES		C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>	
						No.	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		EDAD	
CORREO ELECTRÓNICO		ESTADO CIVIL		CUAL ES EL VALOR DE LA PRESENTE RECLAMACIÓN		\$	

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DIRECCIÓN EN DONDE OCURRIERON LOS HECHOS		CIUDAD		FECHA DE OCURRENCIA		HORA	
						AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
AMPARO POR EL CUAL PRESENTA LA RECLAMACION		LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO		<input type="checkbox"/> COLEGIO <input type="checkbox"/> VIVIENDA <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL?		<input type="checkbox"/> LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ESCENARIO DEPORTIVO	

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN FUNCIÓN

INDIQUE SI LA PRESENTE RECLAMACIÓN ES DERIVADA DE ACCIDENTE ENFERMEDAD SI ES ENFERMEDAD MENCIONE CUAL? _____

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	TELÉFONO

SOLO APLICA PARA PERSONAS NATURALES

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA

Titular: _____

Beneficiario: _____

Tipo de documento de identidad: Cédula NIT Cedula de Extranjería:

Número de documento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Ciudad: _____

Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA (OBLIGATORIA)

Banco Nombre _____ Código _____

Sucursal _____ Ciudad _____

Tipo de Cuenta: Corriente Ahorros Número de Cuenta _____

En caso de ser procedente el pago solicitado, en mi calidad de titular de la cuenta, autorizo a Seguros de Vida del estado S.A, a realizar la transferencia electrónica, a la cuenta y entidad bancaria señalada anteriormente.

FIRMA DEL RECLAMANTE (CON SELLO OPCIONAL)
QUIEN FIRMA EN CALIDAD DE _____
NIT O C.C. No. _____ DE _____

NOMBRE DEL CONTACTO PARA LA RECLAMACIÓN
NUMERO DE CELULAR: _____

FIRMA DEL ASEGURADO
NIT. O C.C. No. _____ DE _____

Certifico que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verificadas y ajustadas a la realidad y autorizo a cualquier medico, clínica y hospital para suministrar las informaciones necesarias con la enfermedad o accidente que trata esta reclamación