

IMPORTANTE: Antes de completar esta declaración lea detenidamente las instrucciones en la parte inferior del reverso de este formulario.

**SECCIÓN I – DATOS DEL ASEGURADO**

|                                                                                                                  |                                        |                                                                                                  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|--|--|--|
| Nombre completo del Asegurado                                                                                    |                                        |                                                                                                  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
| Lugar de nacimiento                                                                                              |                                        | Fecha de nacimiento                                                                              |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
|                                                                                                                  |                                        | <table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                                                                                  | DÍA | MES | AÑO |  |  |  |
| DÍA                                                                                                              | MES                                    | AÑO                                                                                              |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
|                                                                                                                  |                                        |                                                                                                  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
| Estado civil:                                                                                                    | Casado <input type="checkbox"/>        | Soltero <input type="checkbox"/>                                                                 | Soltero (Divorciado) <input type="checkbox"/>                                                    |     |     |     |  |  |  |
| Soltero (Viudo) <input type="checkbox"/>                                                                         |                                        |                                                                                                  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
| Dirección domiciliar del Asegurado                                                                               |                                        |                                                                                                  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
| Documento y Número de Identificación                                                                             | Póliza No.                             | Certificado No.                                                                                  | Vigencia del seguro                                                                              |     |     |     |  |  |  |
|                                                                                                                  |                                        |                                                                                                  | <table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | DÍA | MES | AÑO |  |  |  |
| DÍA                                                                                                              | MES                                    | AÑO                                                                                              |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
|                                                                                                                  |                                        |                                                                                                  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
| Ocupación a la fecha del siniestro                                                                               | ¿Por quién fue pagada la última prima? | ¿A quién fue pagada y cuándo?                                                                    |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
|                                                                                                                  |                                        |                                                                                                  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
| ¿Posee otros seguros relacionados a esta reclamación? <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/> |                                        |                                                                                                  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |

**SECCIÓN II – DETALLES DEL SINIESTRO**

Cobertura que origina la reclamación del seguro:

|                                 |                                                  |                                        |                                    |                                             |
|---------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|
| Muerte <input type="checkbox"/> | Incapacidad - Invalidez <input type="checkbox"/> | Desmembración <input type="checkbox"/> | Desempleo <input type="checkbox"/> | Renta Hospitalaria <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|

Causa específica del siniestro: Accidente<sup>A</sup> ☐ Enfermedad<sup>B</sup> ☐ Homicidio ☐ Maternidad ☐ Suicidio ☐

|                            |                                                                                                  |                         |     |     |  |  |  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----|-----|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|--|--|--|
| Lugar y hora del siniestro | Fecha del siniestro                                                                              | Última fecha de trabajo |     |     |  |  |  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
|                            | <table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | DÍA                     | MES | AÑO |  |  |  | <table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | DÍA | MES | AÑO |  |  |  |
| DÍA                        | MES                                                                                              | AÑO                     |     |     |  |  |  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
|                            |                                                                                                  |                         |     |     |  |  |  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
| DÍA                        | MES                                                                                              | AÑO                     |     |     |  |  |  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |
|                            |                                                                                                  |                         |     |     |  |  |  |                                                                                                  |     |     |     |  |  |  |

En el siniestro, hubo efectos directos o indirectos causados por:

|                                       |                                                 |                                                     |                                                 |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Su ocupación <input type="checkbox"/> | Uso de estupefacientes <input type="checkbox"/> | Uso de bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> | El lugar de residencia <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

<sup>A</sup>En Caso de Accidente, indique:

¿Cómo ocurrió el accidente? (Dar detalles)

Qué autoridad se hizo cargo del hecho: Bomberos ☐ Policía ☐ Ministerio Público ☐

<sup>B</sup>En Caso de Enfermedad, indique:

|                                                                                                  |                               |     |     |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----|-----|--|--|--|--|
| Fecha que inició la enfermedad                                                                   | El(los) médico(s) tratante(s) |     |     |  |  |  |  |
| <table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | DÍA                           | MES | AÑO |  |  |  |  |
| DÍA                                                                                              | MES                           | AÑO |     |  |  |  |  |
|                                                                                                  |                               |     |     |  |  |  |  |

En Caso de Muerte, ¿hizo testamento el fallecido? ☐ ¿Se cambiaron los beneficiarios de esta póliza en el testamento? ☐

En Caso de Desempleo, indique: No. de Préstamo/No. de Tarjeta

|                                                                                |                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Empleado a tiempo completo en Relación de Dependencia <input type="checkbox"/> | Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

**SECCIÓN III – DATOS DEL RECLAMANTE**

|                                     |                             |                                                                                                  |  |     |     |     |  |  |  |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| Nombre completo del Reclamante      |                             |                                                                                                  |  |     |     |     |  |  |  |
| ¿Con qué carácter o título reclama? | Parentesco con el Asegurado | Documento y Número de Identificación                                                             |  |     |     |     |  |  |  |
|                                     |                             |                                                                                                  |  |     |     |     |  |  |  |
| Dirección actual del Reclamante     |                             | Fecha de nacimiento                                                                              |  |     |     |     |  |  |  |
|                                     |                             | <table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  | DÍA | MES | AÑO |  |  |  |
| DÍA                                 | MES                         | AÑO                                                                                              |  |     |     |     |  |  |  |
|                                     |                             |                                                                                                  |  |     |     |     |  |  |  |

Para informarle sobre el estatus del reclamo presentado, favor completar las siguientes casillas:

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TELÉFONO CELULAR     | COMPAÑÍA DE TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO   |

Hago constar que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender, convengo en suministrar declaraciones de los médicos que asistieron o trataron al Asegurado así como los demás documentos que exija La Compañía por pertinentes a esta reclamación y también en que tales declaraciones o documentos deberán por este medio constituir y formar parte integrante de las pruebas de esta reclamación. Al suministrar esta forma e investigar el reclamo, La Compañía no queda obligada a admitir la validez de cualquier reclamo ni a renunciar a sus derechos por la infracción de cualquiera de las condiciones de la póliza.

FIRMA DEL RECLAMANTE

ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL RECLAMANTE

**SECCIÓN IV – LEGALIZACIÓN DE FIRMA (Completar únicamente en caso de fallecimiento del Asegurado)**

FIRMA DEL RECLAMANTE

FIRMA Y SELLO DEL ABOGADO Y NOTARIO

**SECCIÓN V – INFORME DEL MÉDICO TRATANTE (Completar con letra de molde y legible)**

Nombre completo del paciente

Edad

1. Diagnóstico:

2. Causa del diagnóstico:

Accidente ☐Enfermedad ☐Maternidad ☐

3. Fecha del diagnóstico

¿Cuándo fue consultada por primera vez esta condición?

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

4. ¿Hubo algún procedimiento quirúrgico?

En caso afirmativo, describa:

Fecha de procedimiento

DÍA MES AÑO

5. Indique cuanto tiempo estuvo incapacitado el paciente parcialmente:

6. Indique cuando y porque incapacidad(es) lo ha tratado usted con anterioridad:

Fecha de padecimiento

DÍA MES AÑO

**En caso de pérdida o desmembración, completar las preguntas de la 7 a la 9**

7. Parte(s) del cuerpo afectada(s):

Fecha de la pérdida o desmembramiento

DÍA MES AÑO

8. ¿A qué altura de la extremidad ocurrió la pérdida?

9. En caso de pérdida de la visión de uno o los dos ojos, ¿fue esta pérdida parcial o completa?

En caso afirmativo, especifique:

Nombre del Médico Tratante

Especialidad

Dirección

Teléfono

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

No. DE COLEGIADO

**INSTRUCCIONES**

- Las Secciones I, II y III de este formulario deben ser completados por el Asegurado y/o Beneficiario a quien se le debe pagar el seguro.
- La Sección IV debe ser completada por el Abogado y Notario únicamente en caso de fallecimiento del Asegurado, legalizando la firma del Reclamante.
- La Sección V debe ser completada por el Médico Tratante únicamente cuando la reclamación sea por Muerte, Incapacidad-Invalidez, Desmembración o Renta Hospitalaria
- Cuando obtenga todos los documentos requeridos para el trámite de la reclamación, entréguelos para su conveniencia a Seguros El Roble, a su corredor o agente de seguros lo más pronto posible.
- No se aceptan documentos parciales, debe completarse todas las secciones aplicables.
- En Caso de Muerte, si hay más de un beneficiario, cada uno debe completar un formulario. Cuando la cantidad del seguro sea pagadera a un menor de edad, el formulario debe completarlo quien tenga la representación legal.

**ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL RECLAMANTE**