Atlántida Vida
Seguros de Personas

FORMULARIO DE RECLAMOS PARA SEGUROS DE PERSONAS

Reclamo N°_____
Fecha:_____

El presente reclamo no será tramitado, hasta que estén completos todos los documentos que se especifican en las condiciones generales de acuerdo al producto y a la cobertura por el cual se presenta este reclamo. Completar con letra legible y con tinta.

DETALLE DEL RECLAMO

Vida (fallecimiento)	☐	Gastos Funerarios	☐	Anticipo por Enf. Grave	☐
Invalidez Total y Permanente	☐	Reembolso de Gastos Médicos	☐	Exención de Primas por ITP	☐
Muerte Acc. y Desmembramiento	☐	Renta diaria por Incapacidad	☐	Seguro Inv y Sobrevivencia	☐

DETALLE DE LA POLIZA

Póliza N°		Correo electrónico:			
Vida Individual	☐	Vida Colectivo	☐	Accidentes Personales	☐
Colectivo de Deuda Decreciente	☐	Invalidez y Sobrevivencia	☐		

DATOS DEL SOLICITANTE

Actuando en calidad de:	Asegurado	☐	Beneficiario	☐	Apoderado	☐	Rep. Legal ☐
Nombre completo:							
Tipo de Identificación:	DUI, Pasaporte, Carné de Residente, Otro				Número:		
Nombre del Asegurado:							
Nombre del Contratante:							
Dirección							
Teléfono:		Celular:			Correo electrónico:		

¿Cuando ocurrió el fallecimiento, accidente o inició la enfermedad?

¿Hubo muerte accidental?

¿Estuvo ingresado u hospitalizado? SI ◯ NO ◯ Desde: Hasta:

Describa las lesiones recibidas o naturaleza de la enfermedad (si hubo accidente describe como, donde y hora):

Autorización para solicitar historia clínica del asegurado: En cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la historia clínica, autorizo de manera expresa a cualquier hospital, clínica, institución prestadora de servicios de salud, médico o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mi persona, para que suministre, aún después de fallecido, a Atlántida Vida, S.A., Seguros de Personas, copia de historia clínica o de cualquier información que considere necesaria para documentar y verificar por parte de la aseguradora, el reclamo presentado.

_____	_____	_____
Firma del Asegurado	Firma del Contratante	Firma del apoderado o Rep. Legal

USO EXCLUSIO DEL MEDICO TRANTANTE

Diagnóstico principal:			
Otros diagnósticos:			
Tipo de Evento: ☐	Accidente ☐	Enfermedad ☐	Embarazo ☐
Observaciones del médico tratante:			
¿Cuando aparecieron los síntomas o empezó la enfermedad?:			
¿En qué fecha se diagnosticó la enfermedad o lesión?			
En caso de haber realizado procedimiento quirúrgico, mencione el procedimiento realizado:			
Fecha de Ingreso:		Fecha de Egreso:	
_____ Nombre del Medico		_____ Firma y Sello	_____ Numero de Teléfono

BENEFICIARIOS

Nombre completo:			
Tipo de Identificación:	DUI, Pasaporte, Carné de Residente, Otro	Número:	
Dirección			
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:	
Firma:			
Nombre completo:			
Tipo de Identificación:	DUI, Pasaporte, Carné de Residente, Otro	Número:	
Dirección			
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:	
Firma			
Nombre completo:			
Tipo de Identificación:	DUI, Pasaporte, Carné de Residente, Otro	Número:	
Dirección			
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:	
Firma			

DECLARACIÓN DE TESTIGO

Hago constar que este documento ha sido firmado en mi presencia por la persona arriba detallada y doy fe que todas las declaraciones están ajustadas a la verdad.		
Nombre Completo:		
DUI:	Teléfono	Correo electrónico:
Dirección:		
Firma		