Formulario de Siniestros para Seguros de Personas

ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas

Asesuisa

La presente reclamación no será tramitada, hasta que sea completada de manera total y se entreguen todos los documentos especificados en las condiciones generales de acuerdo al producto y a la cobertura por el cual presenta reclamación. Se debe utilizar tinta y letra legible.

DETALLE DE LA PÓLIZA

Póliza Nº: | Correo electrónico:

Tipo de póliza: ☐ Vida Individual ☐ Vida Colectivo ☐ Vida Colectivo Deuda ☐ Accidentes Personales

DATOS DEL SOLICITANTE

Actuando en calidad de: ☐ Asegurado ☐ Beneficiario Contingente ☐ Representante Legal ☐ Heredero ☐ Beneficiario ☐ Apoderado ☐ Tutor o Curador ☐ Firma a ruego

Nombre completo del solicitante:

Tipo de identificación: ☐ DUI ☐ Carné de residente ☐ Pasaporte ☐ Otro | Número:

Nombre del asegurado:

Nombre del contratante (en caso de ser diferente al asegurado principal):

Teléfono de residencia: | Teléfono de oficina: | Celular: | Correo electrónico:

Dirección actual: | Municipio: | Departamento:

AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO CON ABONO A CUENTA

Banco: | Tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente | Número de cuenta:

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 ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, copia de historia clínica o cualquier información que considere necesaria para documentar y verificar por parte de la aseguradora, la reclamación presentada.

DETALLE DEL SINIESTRO O RECLAMACIÓN

☐ Renta diaria por hospitalización ☐ Cáncer ☐ Invalidez total y permanente ☐ Invalidez, desmembramiento o inutilización por accidente
☐ Gastos funerarios ☐ Gastos médicos por accidente ☐ Cobertura de neonato ☐ Invalidez, desmembramiento o inutilización por enfermedad
☐ Desmembramiento ☐ Vida Básico (fallecimiento) ☐ Bono plus ☐ Beneficio adicional de seguro conyugal
☐ Exoneración de pago de primas ☐ Enfermedad grave (detalla enfermedad):

¿Cuándo ocurrió el fallecimiento, accidente o inició la enfermedad? _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año) | ¿Hubo muerte accidental? Sí ☐ No ☐

Número de días de hospitalización o incapacidad: | Desde: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año) Hasta: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año)

Describe las lesiones recibidas o naturaleza de la enfermedad (si hubo accidente describe cómo, dónde y hora): _____

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO TRATANTE

Diagnóstico principal: | Otros diagnósticos:

Tipo de reclamación: ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo

Antecedentes personales: | Naturaleza de la enfermedad o lesión (Describe cualquier complicación):

Observaciones del médico tratante:

¿Cuándo aparecieron los síntomas o empezó la enfermedad? _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año) | ¿Fecha en qué se diagnosticó la enfermedad o lesión? _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año)

En caso de haber realizado procedimiento quirúrgico, menciona el procedimiento realizado: | Fecha de ingreso: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año) | Fecha de egreso: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año)

Nombre completo del médico tratante | Especialidad | Número de teléfono | Firma y sello

Asesuisa

AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (SOLO EN CASO DE RECLAMACIÓN DE FALLECIMIENTO)

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN DE PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA PARA EL ASEGURADO Y EL BENEFICIARIO

1. En caso de ser aprobada la reclamación que he presentado a ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, y en la calidad con la que actúo, autorizo para que la suma que resulte como indemnización según las condiciones del contrato de seguro, se realice por medio de transferencia electrónica en la cuenta bancaria descrita en este formulario y designada a libre elección del titular.
2. Si ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, encuentra la cuenta inactiva, cancelada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá, si es necesario o lo considera pertinente suspender la transacción hasta que se acuerde una nueva forma de pago o una nueva cuenta llenando un nuevo formulario, sin que esto configure incumplimiento en el pago de la indemnización por parte de ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas.
3. Exonero a ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, de toda responsabilidad por descuentos que el banco, pueda realizar en la cuenta designada sobre la cantidad depositada, y que sean derivados de saldos pendientes, servicios, comisiones entre otros.
4. Como consecuencia de la indemnización recibida a entera satisfacción y de conformidad con los documentos que están agregados al expediente, por este medio se declara libre y solvente de toda responsabilidad pecuniaria proveniente de este siniestro a ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas.

Firma del tomador o contratante	Firma del asegurado	Firma del representante legal/ apoderado/ tutor/ a ruego

1. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: ☐ DUI ☐ Carné de residente ☐ Pasaporte ☐ Otro		Número de identificación:
Dirección:		
Municipio:		Departamento:
Teléfono de residencia:	Celular:	Correo electrónico:
Banco:		Tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente
Número de cuenta:		Firma:

2. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: ☐ DUI ☐ Carné de residente ☐ Pasaporte ☐ Otro		Número de identificación:
Dirección:		
Municipio:		Departamento:
Teléfono de residencia:	Celular:	Correo electrónico:
Banco:		Tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente
Número de cuenta:		Firma:

3. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: ☐ DUI ☐ Carné de residente ☐ Pasaporte ☐ Otro		Número de identificación:
Dirección:		
Municipio:		Departamento:
Teléfono de residencia:	Celular:	Correo electrónico:
Banco:		Tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente
Número de cuenta:		Firma:

Asesuisa

4. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: ☐ DUI ☐ Carné de residente ☐ Pasaporte ☐ Otro		Número de identificación:
Dirección:		
Municipio:		Departamento:
Teléfono de residencia:	Celular:	Correo electrónico:
Banco:		Tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente
Número de cuenta:		Firma:

5. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: ☐ DUI ☐ Carné de residente ☐ Pasaporte ☐ Otro		Número de identificación:
Dirección:		
Municipio:		Departamento:
Teléfono de residencia:	Celular:	Correo electrónico:
Banco:		Tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente
Número de cuenta:		Firma:

6. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: ☐ DUI ☐ Carné de residente ☐ Pasaporte ☐ Otro		Número de identificación:
Dirección:		
Municipio:		Departamento:
Teléfono de residencia:	Celular:	Correo electrónico:
Banco:		Tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente
Número de cuenta:		Firma:

7. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: ☐ DUI ☐ Carné de residente ☐ Pasaporte ☐ Otro		Número de identificación:
Dirección:		
Municipio:		Departamento:
Teléfono de residencia:	Celular:	Correo electrónico:
Banco:		Tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente
Número de cuenta:		Firma: