

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 Supervivencia	

DETALLE DE LA POLIZA

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

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:		
¿Cuándo 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):				
<p>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.</p>				
Firma del Asegurado		Firma del Contratante		Firma del apoderado o Rep. Legal

USO EXCLUSIVO DEL MEDICO TRATANTE

Diagnóstico principal:			
Otros diagnósticos:			
Tipo de Evento:	Accidente	Enfermedad	Embarazo
Observaciones del médico tratante:			
¿Cuándo 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		