



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

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

DATOS DEL ASEGURADO

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

PERSONA JURIDICA

DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE		NIT o C.C.	
DIRECCION	TELÉFONO	CORREO ELECTRONICO	

PERSONA NATURAL

1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>
DIRECCION	TELÉFONO	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	EDAD
CORREO ELECTRONICO	ESTADO CIVIL	CUAL ES EL VALOR DE LA PRESENTE RECLAMACION \$	

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DIRECCION 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"/> LUGAR DE TRABAJO
		<input type="checkbox"/> VIVIENDA	<input type="checkbox"/> ESCENARIO DEPORTIVO
		<input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL?	

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