

FORMULARIO DE DECLARACIÓN PARA RECLAMAR UN SEGURO POR PÓLIZA INTEGRAL ESTUDIANTIL

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 el éxito de su reclamación. (Por favor no dejar espacios en blanco).

DATOS GENERALES

TOMADOR Y/O ENTIDAD CONTRATANTE		No. PÓLIZA		FECHA DE RECLAMACIÓN	DÍA	MES	AÑO
NIT.º C.C.		DIRECCIÓN		NÚMERO TELEFÓNICO		CIUDAD	
DATOS DE LA ENTIDAD RECLAMANTE Y/O DEL ASEGURADO (Según sea el caso)							
NOMBRE ENTIDAD				NÚMERO DE NIT.			
DIRECCIÓN			TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO			
1er APELLIDO	2do APELLIDO		NOMBRES		C.C.	T.I.	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	SEXO	F	M	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
NOMBRE A QUE E.P.S., A.F.P. Y/O A.R.P. ESTA AFILIADO		ESTADO CIVIL	CUAL ES EL VALOR DE LA PRESENTE RECLAMACIÓN		PARA EL AMPARO DE RIESGO BIOLÓGICO ESPECIFICAR EL PROGRAMA ACADÉMICO QUE ADELANTA EL ASEGURADO		
			\$				
PARA EL AMPARO DE SUBSIDIO POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO, INDICAR LAS CAUSAS DEL DESPIDO Y EL TIPO DE CONTRATO QUE TENÍA EL PADRE O LA MADRE DEL ASEGURADO							
PARA EL AMPARO DE GASTOS FUNERARIOS, REGISTRAR DATOS DE LA PERSONA QUE CANCELÓ LOS SERVICIOS				NOMBRE		PARA EL AMPARO DE AUXILIO EDUCATIVO, SI EXISTE INDICAR VALOR MENSUAL DE LA PENSIÓN O EL VALOR DEL SEMESTRE	
				No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD		\$	
				De			

DESCRIPCIÓN DE LA RECLAMACIÓN

DIRECCIÓN EN DONDE OCURRIERON LOS HECHOS		CIUDAD	FECHA DE OCURRENCIA			HORA	
			DÍA	MES	AÑO	a.m.	p.m.
NOMBRE DEL AMPARO O COBERTURA POR LA CUAL SE PRESENTA LA RECLAMACIÓN			LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO	TRÁNSITO <input type="checkbox"/>	COLEGIO <input type="checkbox"/>	TRABAJO <input type="checkbox"/>	
				HOGAR <input type="checkbox"/>	DEPORTIVA <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	
EN FORMA RESUMIDA Y PRECISA, DESCRIBA LAS CAUSAS QUE MOTIVARON EL ACCIDENTE:							
ESTO OCURRIÓ EN FUNCIÓN DE SU ACTIVIDAD ESTUDIANTIL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL _____							
EN CASO DE UNIVERSIDAD, NOMBRE FACULTAD				NÚMERO DEL SEMESTRE Y/O CURSO EN CASO DE COLEGIO			
SI LA PRESENTE RECLAMACIÓN ES MOTIVADA POR UNA ENFERMEDAD O MUERTE DERIVADA DE LA MISMA, DIGA CUAL Y ADJUNTE HISTORIA CLÍNICA							
INDICAR SI LA RECLAMACIÓN ES UN ANEXO DE DOCUMENTOS O SI POR PRIMERA VEZ SE RADICAN			PRIMERA VEZ <input type="checkbox"/>	ANEXO DE DOCUMENTOS <input type="checkbox"/>	EL TRAMITE DE RECLAMACIÓN ES REALIZADO POR:		
					DIRECTAMENTE RECLAMANTE <input type="checkbox"/>		
					A TRAVÉS DEL ASESOR <input type="checkbox"/>		
					ENVIADO POR LA SUCURSAL <input type="checkbox"/>		
BENEFICIARIOS DE LEY A RECLAMAR POR EL AMPARO DE MUERTE							
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	PORCENTAJE	FIRMAS			

FIRMA DEL RECLAMANTE (CON SELLO)
QUIEN FIRMA EN CALIDAD DE _____
NIT o C.C. No. _____ DE _____

NOMBRE DEL CONTACTO PARA LA RECLAMACIÓN
NÚMERO DE CELULAR: _____

FIRMA DEL ASEGURADO
C.C. No. _____ DE _____

ASISTENCIA MÉDICA

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE				CIUDAD			
DIAGNÓSTICO (DESCRIBA HALLAZGOS SEMIOLÓGICOS POSITIVOS)							
EXÁMENES SOLICITADOS							
ENFERMEDAD PRECEDENTE QUE PRODUJO LA ACTUAL, EVOLUCIÓN EN AÑOS MESES Y DÍAS							
¿CUANDO APARECIERON LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD ACTUAL?		DÍA	MES	AÑO	¿Ha sido tratado anteriormente por esta causa?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
						DÍA	MES
							AÑO
¿FUE HOSPITALIZADO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE ENTRADA		FECHA DE SALIDA		
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES
							AÑO
¿EXISTIÓ PÉRDIDA FÍSICA O FUNCIONAL?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿CUAL?	
OBSERVACIONES							

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

C.C. No. _____ DE _____ TARJETA PROFESIONAL No. _____