



ace seguros S.A.

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS

PÓLIZA No.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		F/NACIMIENTO	CÉDULA No.
DOMICILIO		DIRECCIÓN	CIUDAD
EMPRESA		DIRECCIÓN	CIUDAD
		TELÉFONO	TELÉFONO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (LLENAR SOLAMENTE SI EL PACIENTE ES UN DEPENDIENTE ASEGURADO)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	RELACIÓN (CONY/HIJ/PAD/OTR)	CÉDULA No.
-------------------------------	-----------------------------	------------

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE / ENFERMEDAD (CUANDO, COMO, DONDE)	FECHA
SI ES ENFERMEDAD, POR FAVOR INDIQUE CUANDO APARECIERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS:	

¿HA SIDO LA PERSONA ASEGURADA ATENDIDA POR MÉDICO POR ESA U OTRA ENFERMEDAD ANTERIORMENTE?

ENFERMEDAD	CENTRO HOSPITAL	MÉDICO	TELF.	FECHA

EN CASO DE MUERTE, INVALIDEZ O DESMEMBRAMIENTO, ADJUNTAR:

- A) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN, INVALIDEZ O DESMEMBRAMIENTO
- B) CERTIFICADO DE AUTOPSIA (DE HABER)
- C) CERTIFICADO DEL REGISTRO CIVIL
- D) NOMBRES DE BENEFICIARIOS Y/O HEREDEROS
- E) PARTE POLICIAL O LEVANTAMIENTO DE CADAVER

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE TODAS LAS RESPUESTAS DADAS ANTERIORMENTE SON COMPLETAS Y VERÍDICAS, AUTORIZO DE ANTEMANO A CUALQUIER MÉDICO O CLÍNICA SUMINISTRAR A ACE SEGUROS S.A. CUALQUIER INFORMACIÓN QUE ESTIME CONVENIENTE Y ME SOMETO A QUE SI YA HUBIERE HECHO, O LLEGARE A HACER ALGUNA AFIRMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO, O INCURRIERE EN ALGUNA OMISIÓN U OCULTACIÓN MALICIOSA. MI DERECHO A INDEMNIZACIÓN SERA NULO.

FIRMA DEL ASEGURADO:

CIUDAD Y FECHA

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

NOMBRE DEL PACIENTE	F/NACIMIENTO	EDAD:
DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE		
¿EXISTE EN LA ACTUALIDAD ALGUNA INHABILITACIÓN? ¿EN QUE PORCENTAJE?		
¿CUANDO RECIBIÓ POR PRIMERA VEZ ATENCIÓN MÉDICA EL PACIENTE POR ESTA CONDICIÓN?		
¿ESTE PACIENTE TENÍA UNA CONDICIÓN SIMILAR CON ANTERIORIDAD? DETALLAR		
SI FUE TRATADO POR OTRO MÉDICO ESPECIALISTA, POR FAVOR INDIQUE NOMBRE Y TELÉFONO		

PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN

INGRESO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL O CLÍNICA
COMENTARIOS

CERTIFICO POR EL PRESENTE QUE LAS DECLARACIONES SON CORRECTAS:

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

FECHA: _____ FIRMA: _____