



SEGURO COLECTIVO DE VIDA RECLAMACION DE BENEFICIOS

Poliza N°:

Este formulario de reclamación se suministra sin admisión de responsabilidad y debe ser devuelto a EQUIVIDA contestado en su totalidad, en caso de comprobarse falsedad en este documento y sus respaldos, el Asegurado o Beneficiario(s) queda(n) privado(s) de todo derecho a indemnización.

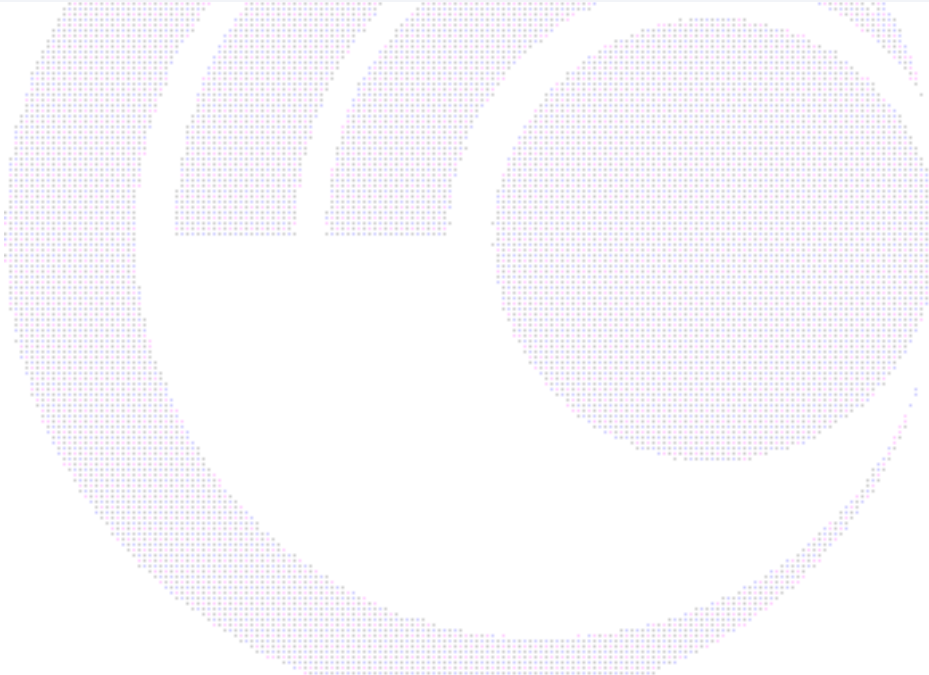
1	NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO			
	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
	Ocupación:			
2	Fecha de Nacimiento: Día:	Mes:	Año:	C.I. o Pasaporte N°:
	Estado Civil:	Sexo: M	F	E-mail:
3	NOMBRE DEL RECLAMANTE:			
	C.I. o Pasaporte N°:		Parentesco:	
	Estado Civil:	Sexo: M	F	E-mail:
	Dirección:	Teléfono:	Ciudad:	
4	NOMBRE DEL CONTRATANTE:			
	Dirección:	Teléfono:	Ciudad:	
5	CAUSA DEL RECLAMO:			
	Muerte natural []	Muerte accidental []	Desmembración []	Incapacidad total []
	Gastos médicos []	Renta por hospitalización []	Enfermedades graves []	
6	LUGAR, CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS			Fecha: Día: Mes: Año:
	Ciudad:	Hora:	Lugar:	
	Descripción de los hechos:			
	Nombre y dirección de los testigos:			

7	INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN RECIBIDA		
	a. Nombre y dirección del Médico u Hospital que lo atendió :		
	b. Nombre y dirección de su Médico habitual :		
	c. En caso de hospitalización indique número de días de internamiento :	Desde :	Hasta :
	d. En caso de Gastos Médicos adjunte facturas, recetas y órdenes de exámenes y totalice valor reclamado :	US\$	
	e. ¿ Cuánto tiempo ha estado incapacitado para desempeñar TODOS y CADA UNO de sus deberes y obligaciones relacionados con su ocupación ?	Días:	
f. ¿ Dónde podría visitarlo un Médico o funcionario de la Compañía ?			

8	OTROS SEGUROS	
	Si tiene otros seguros indique : Compañía, cobertura, valores y si ha presentado reclamación sobre este mismo caso.	

Certifico que las respuestas aquí consignadas son verdaderas y autorizo expresamente a cualquier médico, hospital o cualquier persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para que suministre a Equivida toda la información que ella considere necesaria, en cualquier tiempo.

Firma del Reclamante



Nota : El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución No. SB-INS-2001-303, registro # 21042, del 25 de Octubre del 2.001.