



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

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

## PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN

<b>INGRESO</b>
<b>NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL O CLÍNICA</b>
<b>COMENTARIOS</b>

CERTIFICO POR EL PRESENTE QUE LAS DECLARACIONES SON CORRECTAS:

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_