

FAVOR SÍRVASE LLENAR EL PRESENTE FORMULARIO CON LETRA IMPRENTA Y LEGIBLE

TIPO DE PÓLIZA: Vida Individual: Vida Colectiva: No. póliza:

DATOS DEL CONTRATANTE

APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN Cédula Pasaporte No. de identificación

EMPRESA

DIRECCIÓN Calle principal No. Calle transversal

Provincia Cantón Ciudad Barrio

TELÉFONOS Convencional Celular EMAIL

DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN Cédula Pasaporte No. de identificación

FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA GÉNERO M F OCUPACIÓN

ESTADO CIVIL Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre Otro (especifique)

DIRECCIÓN: Calle principal No. Calle transversal

Provincia: Cantón: Ciudad: Barrio:

TELÉFONOS: Convencional: Celular: EMAIL:

DATOS DEL RECLAMANTE O BENEFICIARIO

APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN Cédula Pasaporte No. de identificación

PARENTESCO FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA GÉNERO M F

ESTADO CIVIL Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre Otro (especifique)

DIRECCIÓN: Calle principal No. Calle transversal

Provincia: Cantón: Ciudad: Barrio:

TELÉFONOS: Convencional: Celular: EMAIL:

DETALLES DEL RECLAMO

CAUSA DE LA RECLAMACIÓN Muerte Accidental Muerte Natural Desmembración Incapacidad Enfermedades Graves

CIUDAD Y FECHA DEL SUCESO HORA LUGAR

DESCRIBA EL SUCESO

SI ES ENFERMEDAD GRAVE, POR FAVOR INDICAR LO SIGUIENTE

FECHA EN LA QUE INICIARON LOS SÍNTOMAS DD MM AAAA

FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DD MM AAAA

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN RECIBIDA

NOMBRE DEL HOSPITAL	<input type="text"/>			
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	<input type="text"/>			
ESPECIALIDAD DEL MÉDICO TRATANTE	<input type="text"/>			
TELÉFONOS DEL MÉDICO TRATANTE	Convencional	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
DIÁGNOSTICO ESPECÍFICO DE LA ENFERMEDAD/MUERTE, HOSPITALIZACIÓN, OTROS				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

Declaro que la información proporcionada en el presente formulario es verdadera y completa y por este medio autorizo al Hospital, Clínica o Centro médico, así como a los médicos tratantes que prestaron atención al fallecido, a proporcionar a INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS, toda la información que ésta requiera, incluyendo copias exactas de sus archivos.

Ciudad y Fecha

Firma del Reclamante

Nota: El contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.
Numero de registro SCVS-1-1-SF-26-11004420-06072020, el 24-06-2020