

FORMULARIO DE RECLAMACION DE BENEFICIOS

SEGURO DE VIDA COLECTIVA

Vida en Grupo ()

Vida Desgravamen ()

CONTRATANTE:

POLIZA No.

VIGENCIA DE LA POLIZA:

Desde:

Hasta:

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Número de Identificación:

Fecha de Nacimiento:

Día

Mes

Año

Estado Civil: Soltero () Casado () Divorciado () Unión de Hecho ()

Género: M () F ()

No. Teléfono Celular:

Correo electrónico:

DESCRIPCION DE LO OCURRIDO

Detalle el evento:

| | | |
|--|------------------|----|
| Estuvo hospitalizado: | SI | NO |
| Nombre del Hospital o Clínica: | | |
| Fecha de ingreso: | Fecha de salida: | |
| ¿Intervino alguna autoridad? | SI | NO |
| En caso de ser afirmativa su respuesta, detalle: | | |
| INFORMACION DEL MEDICO TRATANTE | | |
| Nombre del Paciente: | | |
| Diagnóstico específico de la enfermedad / muerte, hospitalización, otros: | | |
| Fecha de atención al paciente: | | |
| Se ordenó hospitalización: | SI | NO |
| Fecha de ingreso: | Fecha de salida: | |
| En caso de cirugía, por favor describa los procedimientos médicos completos: | | |
| ¿Ordenó interconsulta con otros médicos? | SI | NO |
| Nombre del médico de interconsulta y especialidad; | | |
| Existe actualmente una incapacidad o inhabilitación por esta enfermedad/accidente? Indique el porcentaje | | |



¡es mejor si **VAZ** asegurado!

Nombre del médico tratante:

Teléfono:

Sello y firma médico tratante

Fecha:

DECLARACION Y AUTORIZACION

Autorizo a **VAZSEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía toda la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

*La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente declaración de beneficiarios el número de registro **52475**, el **30 de enero de 2020**.*

www.vazseguros.com