

Fecha de Solicitud

**NOTIFICACIÓN DE SINIESTRO  
SALUD**

Emergencia

Carta Aval

Reembolso

**Datos de pólizas**

Tipo de póliza  Individual  Colectiva      Contratante: \_\_\_\_\_      N° de póliza \_\_\_\_\_

Se presenta la siguiente declaración de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares el contrato del Seguro.

**Datos del asegurado titular**

Apellido(s): \_\_\_\_\_      Nombre(s): \_\_\_\_\_

Cédula de identidad  V  E N° \_\_\_\_\_      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_      Sexo  F  M      Edad: \_\_\_\_\_      Dirección de habitación: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_      Ciudad: \_\_\_\_\_      Zona postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Oficina \_\_\_\_\_      Celular: \_\_\_\_\_      E-mail: \_\_\_\_\_

**Datos del asegurado afectado**

Apellido(s): \_\_\_\_\_      Nombre(s): \_\_\_\_\_      Parentesco con el (la) asegurado (a) titular: \_\_\_\_\_

Cédula de identidad  V  E N° \_\_\_\_\_      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_      Sexo  F  M      Edad: \_\_\_\_\_      Dirección de habitación: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_      Ciudad: \_\_\_\_\_      Zona postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Oficina \_\_\_\_\_      Celular: \_\_\_\_\_      E-mail: \_\_\_\_\_

**Descripción del reclamo**

Causa del reclamo:  Enfermedad  Accidente

Diagnóstico del médico de la enfermedad o patología: \_\_\_\_\_

¿La persona afectada se encuentra amparado (a) en otra Póliza de Seguro de salud?  Sí  No      Indique el nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

**Documentos anexos**

Informe médico       Informe de estudios realizados       Presupuesto

Recípe e indicaciones médicas       Ordenes de estudios realizados       Facturas

Recibo de ingresos o caja       Desglose de material médico quirúrgico       Desglose de medicinas

Otros \_\_\_\_\_

**En caso de solicitud de reembolso**

Nombre de la institución que emite la factura	N° Factura	Concepto	Fecha	Monto

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante N° \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_

