



IMPORTANTE: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones, enmendaduras o información adicional favor validarlas con la firma al respaldo. De la veracidad de la información suministrada a continuación, depende del éxito de su reclamación. ((Por favor no dejar espacios en blanco)).

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE	NIT o C.C.		No. POLIZA
CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	NUMERO TELEFÓNICO	CIUDAD
DATOS DEL ASEGURADO			
NOMBRE	IDENTIFICACION	ESTADO CIVIL	NOMBRE A QUE E.P.S. O A.F.P. Y/O A.R.P. ESTA AFILIADO
CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCION	NUMERO TELEFONICO	CIUDAD
PERSONA JURIDICA		DATOS DEL RECLAMANTE	
NOMBRE		NIT o C.C.	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
PERSONA NATURAL			
1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN	TELÉFONO	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	EDAD
CORREO ELECTRÓNICO	ESTADO CIVIL	CUAL ES EL VALOR DE LA PRESENTE RECLAMACIÓN \$	
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE			
DIRECCIÓN EN DONDE OCURRIERON LOS HECHOS		CIUDAD	FECHA DE OCURENCIA
AMPARO POR EL CUAL PRESENTA LA RECLAMACION		HORA	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS		LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO	<input type="checkbox"/> COLEGIO <input type="checkbox"/> VIVIENDA <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL?
		<input type="checkbox"/> LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ESCENARIO DEPORTIVO	
EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN FUNCION			
INDIQUE SI LA PRESENTE RECLAMACIÓN ES DERIVADA DE <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD SI ES ENFERMEDAD MENCIONE CUAL? _____			
BENEFICIARIOS			
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	TELÉFONO

**SOLO APLICA PARA PERSONAS NATURALES**

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA			
<b>Titular:</b>			
<b>Beneficiario:</b>			
Tipo de documento de identidad:	Cédula	NIT	Cedula de Extranjería:
Número de documento:			
Dirección:			
Teléfono:		Ciudad:	
Correo Electrónico			
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA (OBLIGATORIA)			
Banco Nombre		Código	
Sucursal		Ciudad	
Tipo de Cuenta:	Corriente	Ahorros	Número de Cuenta

En caso de ser procedente el pago solicitado, en mi calidad de titular de la cuenta, autorizo a Seguros de Vida del estado S.A. a realizar la transferencia electrónica, a la cuenta y entidad bancaria señalada anteriormente.

FIRMA DEL RECLAMANTE (CON SELLO OPCIONAL) QUIEN FIRMA EN CALIDAD DE _____ NIT O C.C. No. _____ DE _____	NOMBRE DEL CONTACTO PARA LA RECLAMACIÓN NUMERO DE CELULAR: _____	FIRMA DEL ASEGURADO NIT. O C.C. No. _____ DE _____
---	---	---

Certifico que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verificadas y ajustadas a la realidad y autorizo a cualquier medico, clínica y hospital para suministrar las informaciones necesarias con la enfermedad o accidente que trata esta reclamación