



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
CORREO ELECTRÓNICO		DIRECCION	NUMERO TELEFONICO
		CIUDAD	EDAD
PERSONA JURIDICA		DATOS DEL RECLAMANTE	
NOMBRE		NIT o C.C.	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
PERSONA NATURAL			
1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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		LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO	HORA _____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS		<input type="checkbox"/> COLEGIO	<input type="checkbox"/> LUGAR DE TRABAJO
		<input type="checkbox"/> VIVIENDA	<input type="checkbox"/> ESCENARIO DEPORTIVO
		<input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL?	
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			
Titular: _____			
Beneficiario: _____			
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)	NOMBRE DEL CONTACTO PARA LA RECLAMACIÓN	FIRMA DEL ASEGURADO
QUIEN FIRMA EN CALIDAD DE _____	NUMERO DE CELULAR: _____	NIT. O C.C. No. _____ DE.
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