



**PLAN DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA DEPOSITANTES EN CUENTAS
DE AHORRO Y BENEFICIOS ADICIONALES**

FORMULARIO DE RECLAMO

Siniestro No. _____ Póliza No. _____

Contratante: _____

Nombre del Asegurado: _____

Dirección: _____ Tel. _____

Día y hora de la ocurrencia del siniestro: _____

Lugar donde ocurrió el siniestro: _____

Descripción detallada de la causa de la hospitalización: _____

Hospital en el que fue atendido: _____

Nombre del médico que lo atendió: _____

Día y hora del ingreso al hospital: _____

Día y hora del egreso o alta del hospital: _____

Días efectivos y consecutivos de hospitalización: _____

Lesiones sufridas y evolución de la enfermedad o accidente _____

Tratamiento médico proporcionado: _____

OBSERVACIONES: (si fue accidente, explicar claramente que tipo de accidente tuvo)

**Cuando la hospitalización en caso de accidente sea por más de 5 días, deberá
comprobar fehacientemente el accidente (Inf. Bomberos, Ambulancia, etc.)**

Lugar y fecha _____

FIRMA DEL ASEGURADO

Firma y sello del Contratante