

R.U.C: 1791273486001

DATOS GENERALES				
TOMADOR:	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA	No. DOCUMENTO:		
PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
ASEGURADO:	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA	No. DOCUMENTO:		
PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
EDAD:	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO		
DIRECCIÓN ACTUAL:		CIUDAD:	TELÉFONO:	
OCUPACIÓN HABITUAL:				
PÓLIZA No.:	FECHA DEL SINIESTRO: DD MM AA	HORA DEL SINIESTRO:	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: DD MM AA	FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO LABORAL: DD MM AA
CAUSA DE LA RECLAMACIÓN: <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES GRAVES <input type="checkbox"/> DESMEMBRACIÓN <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> MUERTE		DETALLES DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD: <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD		
¿DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL SUCESO?				
SI ES ACCIDENTE, ¿SE REALIZÓ ALGÚN RECONOCIMIENTO POR MEDICINA LEGAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL?				
SI ES ENFERMEDAD, ¿EN QUÉ FECHA SE INICIARON LOS SÍNTOMAS? DD MM AA		¿EN QUÉ FECHA CONSULTÓ POR PRIMERA VEZ A UN MÉDICO EN RELACIÓN CON SU ENFERMEDAD? DD MM AA		
¿HA SUFRIDO O HA SIDO TRATADO POR UNA ENFERMEDAD RELACIONADA CON ESTA? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LOS DETALLES COMPLETOS DE LA MISMA. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
INDIQUE LOS MÉDICOS O ESPECIALISTAS QUE HA CONSULTADO EN RELACIÓN CON SU ENFERMEDAD O ACCIDENTE:				
NOMBRE:		CIUDAD:		
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:		
ESPECIALIDAD:		No. HISTORIA CLÍNICA:		
NOMBRE:		CIUDAD:		
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:		
ESPECIALIDAD:		No. HISTORIA CLÍNICA:		
NOMBRE:		CIUDAD:		
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:		
ESPECIALIDAD:		No. HISTORIA CLÍNICA:		
¿EXISTE ALGÚN HECHO RELATIVO A ESTA RECLAMACIÓN DEL CUAL DEBE TENER CONOCIMIENTO LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA CONSIDERACIÓN DE ESTE RECLAMO?				
DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS Y POR ESTE MEDIO AUTORIZO A TODOS LOS DOCTORES, HOSPITALES Y CUALQUIER INSTITUCIÓN PARA QUE SUMINISTRE INFORMACIÓN (ADJUNTO COPIAS COMPLETAS DE SUS ARCHIVOS), EN RELACIÓN CON ESTE RECLAMO A EQUIVIDA S.A.				
LUGAR:		FECHA DE LA RECLAMACIÓN DD MM AA		
FIRMA DEL RECLAMANTE				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.:				