

FORMULARIO DE SINIESTROS PARA SEGUROS DE PERSONAS

SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS



La presente reclamación no será tramitada, hasta que sea completada de manera total y se entreguen todos los documentos especificados en las condiciones generales de acuerdo al producto y a la cobertura por el cual presenta reclamación. Se debe utilizar tinta y letra legible.

DETALLE DE LA PÓLIZA

Póliza N°: _____ Correo electrónico: _____

Tipo de póliza: Vida Individual Vida Colectivo Vida Colectivo Deuda Accidentes Personales

DATOS DEL SOLICITANTE

Actuando en calidad de: Asegurado Beneficiario Contingente Representante Legal Heredero
 Beneficiario Apoderado Tutor o Curador Firma a ruego

Nombre completo del solicitante: _____

Tipo de identificación: DUI Carné de residente Pasaporte Otro Número: _____

Nombre del asegurado: _____

Nombre del contratante (en caso de ser diferente al asegurado principal): _____

Teléfono de residencia: _____ Teléfono de oficina: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Dirección actual: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO CON ABONO A CUENTA

Banco: _____ Tipo de cuenta: Ahorro Corriente Número de cuenta: _____

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO

En cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la historia clínica, autorizo de manera expresa a cualquier hospital, clínica, institución prestadora de servicios de salud, médico o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mi persona, para que suministre, aún después de fallecido, a SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, copia de historia clínica o cualquier información que considere necesaria para documentar y verificar por parte de la aseguradora, la reclamación presentada.

DETALLE DEL SINIESTRO O RECLAMACIÓN

Renta diaria por hospitalización Cáncer Invalidez total y permanente Invalidez, desmembramiento o inutilización por accidente
 Gastos funerarios Gastos médicos por accidente Cobertura de neonato Invalidez, desmembramiento o inutilización por enfermedad
 Desmembramiento Vida Básico (fallecimiento) Bono plus Beneficio adicional de seguro conyugal
 Exoneración de pago de primas Enfermedad grave (detalla enfermedad): _____

¿Cuándo ocurrió el fallecimiento, accidente o inició la enfermedad? ___/___/___ ¿Hubo muerte accidental? Sí No

Número de días de hospitalización o incapacidad: _____ Desde: ___/___/___ Hasta: ___/___/___

Describe las lesiones recibidas o naturaleza de la enfermedad (si hubo accidente describe cómo, dónde y hora): _____

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO TRATANTE

Diagnóstico principal: _____ Otros diagnósticos: _____

Tipo de reclamación: Accidente Enfermedad Embarazo

Antecedentes personales: _____ Naturaleza de la enfermedad o lesión (Describe cualquier complicación): _____

Observaciones del médico tratante: _____

¿Cuándo aparecieron los síntomas o empezó la enfermedad? ___/___/___ ¿Fecha en qué se diagnosticó la enfermedad o lesión? ___/___/___

En caso de haber realizado procedimiento quirúrgico, menciona el procedimiento realizado: _____ Fecha de ingreso: ___/___/___ Fecha de egreso: ___/___/___

Nombre completo del médico tratante _____ Especialidad _____ Número de teléfono _____ Firma y sello _____

AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (SOLO EN CASO DE RECLAMACIÓN DE FALLECIMIENTO)
CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN DE PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA PARA EL ASEGURADO Y EL BENEFICIARIO

1. En caso de ser aprobada la reclamación que he presentado a SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, y en la calidad con la que actúo, autorizo para que la suma que resulte como indemnización según las condiciones del contrato de seguro, se realice por medio de transferencia electrónica en la cuenta bancaria descrita en este formulario y designada a libre elección del titular.
2. Si SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, encuentra la cuenta inactiva, cancelada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá, si es necesario o lo considera pertinente suspender la transacción hasta que se acuerde una nueva forma de pago o una nueva cuenta llenando un nuevo formulario, sin que esto configure incumplimiento en el pago de la indemnización por parte de SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS.
3. Exonero a SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, de toda responsabilidad por descuentos que el banco, pueda realizar en la cuenta designada sobre la cantidad depositada, y que sean derivados de saldos pendientes, servicios, comisiones entre otros.
4. Como consecuencia de la indemnización recibida a entera satisfacción y de conformidad con los documentos que están agregados al expediente, por este medio se declara libre y solvente de toda responsabilidad pecuniaria proveniente de este siniestro a SEGUROS SURA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS.

Firma del tomador o contratante

Firma del asegurado

Firma del representante legal/ apoderado/ tutor/ a ruego

1. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: DUI Carné de residente Pasaporte Otro Número de identificación:

Dirección:

Municipio: Departamento:

Teléfono de residencia: Celular: Correo electrónico:

Banco: Tipo de cuenta: Ahorro Corriente

Número de cuenta: Firma:

2. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: DUI Carné de residente Pasaporte Otro Número de identificación:

Dirección:

Municipio: Departamento:

Teléfono de residencia: Celular: Correo electrónico:

Banco: Tipo de cuenta: Ahorro Corriente

Número de cuenta: Firma:

3. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: DUI Carné de residente Pasaporte Otro Número de identificación:

Dirección:

Municipio: Departamento:

Teléfono de residencia: Celular: Correo electrónico:

Banco: Tipo de cuenta: Ahorro Corriente

Número de cuenta: Firma:

4. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> Carné de residente <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro				Número de identificación:
Dirección:				
Municipio:			Departamento:	
Teléfono de residencia:	Celular:	Correo electrónico:		
Banco:			Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	
Número de cuenta:			Firma:	

5. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> Carné de residente <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro				Número de identificación:
Dirección:				
Municipio:			Departamento:	
Teléfono de residencia:	Celular:	Correo electrónico:		
Banco:			Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	
Número de cuenta:			Firma:	

6. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> Carné de residente <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro				Número de identificación:
Dirección:				
Municipio:			Departamento:	
Teléfono de residencia:	Celular:	Correo electrónico:		
Banco:			Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	
Número de cuenta:			Firma:	

7. Nombre completo del beneficiario:

Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> Carné de residente <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro				Número de identificación:
Dirección:				
Municipio:			Departamento:	
Teléfono de residencia:	Celular:	Correo electrónico:		
Banco:			Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	
Número de cuenta:			Firma:	