

SEGURO DE PERSONAS

FORMULARIO DE RECLAMO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Favor completar el siguiente formulario para reclamo por Invalidez Total y Permanente.

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO	
Apellidos:	Nombres:
N° Póliza:	N° Certificado:
Contratante:	Ocupación:
Teléfono:	Correo electrónico:

II. INFORMACIÓN SOBRE LA INVALIDEZ
Lugar del Siniestro:
Fecha en que se determinó la invalidez:
Origen de la Invalidez: Enfermedad Accidente
En caso de ser accidente, favor explicar cómo sucedió:
Recibió Asistencia Médica: SI NO
Proporcione los nombres de los médicos y hospitales donde fue asistido:
En caso de ser enfermedad, mencione desde cuando la padece y brinde detalles de la condición en la que se encuentra:

<p>Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son verdaderos y autorizo a PROTEGE SEGUROS, S.A., para que realice las investigaciones correspondientes. La Aseguradora no estará obligada a pagar este reclamo si existiese falsedad en la información.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">_____</p> <p style="text-align: center;">Asegurado o Apoderado</p>
--

Lugar y fecha:

<p>Adjuntar a este formulario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Copia de DUI y Partida de nacimiento del asegurado. 2. Declaración Médica de la Invalidez Total y Permanente otorgada por médico tratante.
--