

SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS
PARA RECLAMO DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
POLIZA COLECTIVA DE VIDA

I. DATOS DEL ASEGURADO

| | |
|----------------------|-----------------|
| NOMBRE COMPLETO: | |
| DIRECCIÓN: | |
| TELÉFONO RESIDENCIA: | TELÉFONO MÓVIL: |
| NÚMERO DE DUI: | NÚMERO DE NUP: |

II. DATOS DEL EMPLEO

| | |
|--------------------------------------|-----------------|
| NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORABA: | |
| CARGO QUE DESEMPEÑABA EN LA EMPRESA: | JEFE INMEDIATO: |
| DIRECCIÓN: | TELÉFONO(S): |

III. INFORMACION SOBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

| | |
|--|--|
| FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD: | CAUSA DE LA INCAPACIDAD: |
| DESCRIBA BREVEMENTE COMO OCURRIÓ LA INCAPACIDAD: | |
| NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO Y HOSPITAL QUE LE EXTENDIÓ LA DECLARACION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: | |
| GRADO DE INCAPACIDAD 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> | |
| ¿EN QUE FECHA DEJO USTED DE LABORAR? | ¿CUANDO REANUDO O PODRA REANUDAR SU TRABAJO? |

IV. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Declaro que la información brindada en el presente formulario es verdadera. Convengo en que la veracidad de los datos y respuestas constituyen la base del reclamo del seguro que solicito, en caso contrario, éste será invalidado y la Compañía tendrá derecho a denegar el presente reclamo. Autorizo a Seguros Azul Vida, S.A., Seguros de Personas a requerir y precisar información sobre mi situación médica a las instancias correspondientes y por este medio autorizo a cualquier médico que me haya atendido o pueda atenderme, o cualquier hospital o institución en que haya sido yo paciente, a revelar información médica relativa a mi caso. Queda aceptado que una copia fotostática de esta autorización tendrá el mismo efecto que el original de la misma.

Firmo la presente en la ciudad de _____, el _____ de _____ de _____.

Firma del Asegurado

FAVOR ANEXAR AL PRESENTE FORMULARIO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- ✎ Certificado de seguro original
- ✎ Copia del dictamen médico del Doctor que extendió la incapacidad total y permanente
- ✎ Copia del dictamen de incapacidad total y permanente extendido por el ISSS
- ✎ Copia del dictamen de la comisión Calificadora de Invalidez de la Superintendencia de Pensiones
- ✎ Copia de DUI
- ✎ Copia de tarjeta de NUP de la AFP

V. DECLARACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

| 1. NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO INCAPACITADO | | | | | 2. EDAD |
|---|----------------|-------|----------|--------------|----------|
| 3. DIRECCIÓN: | | | | 4. OCUPACIÓN | |
| 5. ¿QUE TIEMPO HACE QUE CONOCE USTED AL ASEGURADO INCAPACITADO? | | | | | |
| 6. ¿CUÁNDO FUE CONSULTADO POR PRIMERA VEZ, ACERCA DE LA CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE? | | | | | |
| 7. ¿CUÁNDO PRACTICÓ LA ÚLTIMA VISITA? | | | | | |
| 8. ¿EN QUÉ ENFERMEDADES, AFECCIONES, OPERACIONES, ETC., LO ASISTIÓ USTED O FUE CONSULTADO ANTES DEL PADECIMIENTO QUE MOTIVÓ LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE? (DAR DETALLES EN EL CUADRO SIGUIENTE): | | | | | |
| NOMBRE DE LA ENFERMEDAD | No. DE VISITAS | FECHA | DURACIÓN | GRAVEDAD | SECUELAS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 9. ¿QUÉ OTRAS ENFERMEDADES APARTE DE LAS ANOTADAS EN EL CUADRO ANTERIOR, PADECIÓ EL ASEGURADO INCAPACITADO (DAR DETALLES EN EL CUADRO SIGUIENTE): | | | | | |
| NOMBRE DE LA ENFERMEDAD | No DE VISITAS | FECHA | DURACIÓN | GRAVEDAD | SECUELAS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 10. ¿CUÁL FUE LA CAUSA PRINCIPAL DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE? | | | | | |
| 11. ¿CUÁNTO TIEMPO ESTIMA USTED QUE DURÓ EL PADECIMIENTO QUE CAUSÓ LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE? | | | | | |
| 12. ¿EXISTIERON OTROS FACTORES QUE CONTRIBUYERON A CAUSAR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE? (DAR AMPLIOS DETALLES) | | | | | |
| 13. ¿SABE USTED SI EL ASEGURADO INCAPACITADO TENÍA EL HÁBITO DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DE NARCÓTICOS? (DAR AMPLIOS DETALLES) | | | | | |

| |
|-------------------|
| DATOS ADICIONALES |
| |
| |
| |

DECLARACION DE MÉDICO TRATANTE

Las declaraciones brindadas en el presente formulario son verdaderas y las he proporcionado de buena fe. Hago constar que no tengo interés directo ni indirecto en el pago de la indemnización correspondiente a la póliza de seguro.

Emito y firmo la presente declaración en la ciudad de _____, el _____ de _____ de _____.

NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO

F. _____
MÉDICO

(SELLO)