



ace seguros

FORMULARIO DE INDEMNIZACIONES

1. DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre: _____

Cédula: _____ Tel: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre Entidad (Por medio de la cual tomó el seguro): _____

Autorizo que la indemnización sea consignada en mi Cuenta Bancaria SI NO

Banco _____ Cuenta No. _____ Ahorros Corriente

2. DATOS DE LA PERSONA HOSPITALIZADA (si es el mismo asegurado deje en blanco)

Nombre: _____ C.C. _____

Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Sexo: M F

3. DATOS DE LA RECLAMACIÓN

Descripción de la Lesión o Enfermedad: _____

Si fué una lesión accidental, favor indicar fecha del accidente y circunstancias: _____

Si es una enfermedad, favor indique cuando aparecieron los primeros síntomas: _____

Ha sido la persona asegurada atendida por un médico por esa u otra enfermedad anteriormente ?

En caso afirmativo, favor diligencie la siguiente información.

CENTRO HOSPITALARIO	MÉDICO	FECHA

4. Para su actual reclamación, diligencie:

Fecha en la cual fue hospitalizado: _____

Fecha en la cual fue dado de alta: _____

Nombre y dirección del hospital o clínica donde estuvo hospitalizado: _____

5. Declaración y autorización

Certifico que todas las respuestas dadas anteriormente son completas y verdicas, autorizando de antemano a cualquier médico o clínica a suministrar a ACE Seguros S.A. Cualquier información que estime conveniente.

FIRMA DEL ASEGURADO

Ciudad y Fecha

DECLARACION DEL MEDICO



ACE Seguros

1. DATOS DEL PACIENTE

1. Nombre del Paciente: _____

2. Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Sexo: M F

3. Si fué una lesión accidental, favor indicar fecha del accidente y circunstancias _____

Si es una enfermedad, favor indique cuando aparecieron los primeros síntomas: _____

4. Diagnóstico Final: _____

5. Cuando recibió el paciente atención médica por esta condición por primera vez? _____

Si fue tratado por otro médico por favor indique nombre y teléfono: _____

6. Este paciente había sufrido alguna condición similar con anterioridad? _____

Favor proveer detalles _____

7. Período de hospitalización: Ingreso: _____ Dado de alta: _____

8. Nombre y dirección del Hospital o Clínica _____

9. Comentarios: _____

Médico: _____ Registro Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección y Teléfono: _____

ACE Seguros Colombia

Bogotá Calle 72 No. 10-51 Pisos 6,7,8 Tels.: (571) 319 0300 - (571) 319 0400 Fax: (571) 319 0304 - (571) 319 04 08 A.A. 29782
Medellin Carrera 43A No. 9 Sur 91 Of. 502 Tels.: (574) 313 8080 Fax: (574) 313 1669
Cali Calle 22 Norte No. 6N-42 Of. 402 Tels.: (572) 660 3370 Fax: (572) 660 1216
www.ace-ina.com Línea de Atención al Cliente: 01 8000 917500 / 01 8000 917541