

## RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

RNC 1-02-01717-4

### Motivo de la Incapacidad

Enfermedad  Accidente

### Datos del Contratante

Nombre del Contratante \_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

### Datos del Asegurado

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Cédula/Pasaporte \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Dirección \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### Declaración de Salud

1.- Fecha y hora del inicio de la enfermedad u ocurrencia del accidente: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

2.- Fecha en la que dejó de realizar los deberes relacionados a su ocupación: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

3.- ¿Ha realizado usted algún trabajo desde el comienzo de la incapacidad? En caso afirmativo, especifique  SÍ  NO

4.- ¿Pasa el tiempo en la clínica/hospital?  SÍ  NO En caso afirmativo, especifique: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

5.- ¿Pasa el tiempo en la casa?  SÍ  NO En caso afirmativo, especifique: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

6.- ¿Cuándo espera regresar a trabajar? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

### Datos de los médicos que lo hayan atendido a consecuencia de la condición actual

Nombres del Médico	Especialidad	Diagnóstico	Fecha			Clínica/Hospital
			Día	Mes	Año	

### Contestar las siguientes preguntas sólo en caso de que la incapacidad haya sido a consecuencia de un accidente

1.- Fecha y hora en la que ocurrió el accidente: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

2.- Lugar y ciudad donde ocurrió el accidente \_\_\_\_\_

3.- Describa las lesiones sufridas y causadas en su totalidad por el accidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha