

Aviso de Siniestro - Sweaden Seguro de Vida Individual

Sírvase llenar cada uno de los ítems de este formulario con un solo color de tinta, con letra imprenta y legible. La información aquí descrita será considerada como confidencial.



1.- Datos del Asegurado

No. De Cédula				
Apellidos			Estado Civil	
Nombres			Ocupación	
Sexo	Masculino	☐	Femenino	☐
Lugar de Nacimiento			Fecha de Nacimiento	dd/mm/aa
Dirección de Domicilio				
	Provincia	Cantón	Barrio/Sector	Calle Principal
	Calle Transversal	Número	Edificio	Departamento
Teléfonos Domicilio				
	Convencional	Celular	Correo electrónico	

Dirección de Trabajo				
	Provincia	Cantón	Barrio/Sector	Calle Principal
	Calle Transversal	Número	Edificio	Oficina
Teléfonos Trabajo				
	Convencional	Celular	Correo electrónico	

2.- Datos del Reclamante/ Beneficiario

No. De Cédula				
Apellidos			Nombres	
Estado Civil			Ocupación	
Sexo	Masculino	☐	Femenino	☐
Lugar de Nacimiento			Fecha de Nacimiento	dd/mm/aa
Dirección de Domicilio				
	Provincia	Cantón	Barrio/Sector	Calle Principal
	Calle Transversal	Número	Edificio	Departamento
Teléfonos Domicilio				
	Convencional	Celular	Correo electrónico	

Dirección de Trabajo				
	Provincia	Cantón	Barrio/Sector	Calle Principal
	Calle Transversal	Número	Edificio	Oficina
Teléfonos Trabajo				
	Convencional	Celular	Correo electrónico	

3.- Causa del Reclamo

Muerte Natural

Muerte Accidental

Desmembración

Otro

4.- Lugar, Causas y Circunstancias

Ciudad

dd/mm/aa

Fecha

H

Lugar

Describe claramente los hechos y circunstancias:

En caso de fallecimiento por enfermedad indique la fecha que fue diagnosticada:

dd/mm/aa

Causa de Muerte (especificar diagnóstico principal):

5.- Información de Atención (En caso de haberla recibida)

a)

Nombre de Hospital/Clinica

Médico Tratante

Teléfono

Celular

b)

Nombre del médico habitual (de cabecera)

c)

En caso de Hospitalización Indique

dd/mm/aa

dd/mm/aa

Fecha de Ingreso

Fecha de Alta

6.- Autorización de Notificaciones

Queda expresamente autorizado EL CONTRATANTE para que reciba, en mi nombre y representación, todo documento que fue remitido por SWEADEN S.A. a mi persona, constituyendo la fe de prestación puesta por el CONTRATANTE en dicho documento prueba suficiente de que he sido notificado con su consentimiento, pues desde ya me doy por notificado.

dd/mm/aa

Ciudad

Fecha

Firma del Beneficiario

