

## FORMATO DE RECLAMO POR INCAPACIDAD

Teléfono: Celular: E-mail: Naturaleza de la incapacidad: Enfermedad Accidente Indicar el medio el medio por el cual le enviemos notificaciones de su reclamo: Correo electrónico Bamada telefónica Mensajería de texto Documentación física La incapacidad es producto de la ocupación del asegurado? Sí No Para el caso de enfermedad explique: Fecha del Accidente: Para el caso de incapacidad a consecuencia de accidente detalle: Lugar del Accidente: Describa el accidente: Describa el accidente: Pecha del Accidente: Describa el accidente: Describa de laccidente: Describa el accidente: Describa el acci	I. DECLARACIÓN DEL AS	EGURADO		Seguro Co	olectivo Pla	n Individual
Dirección: Celular: E-mail: Lefefono: Celular: C	Nombres y Apellidos:					
Teléfono: Celular: E-mail: Naturaleza de la incapacidad: Enfermedad Accidente Indicar el medio el medio por el cual le enviernos notificaciones de su reclamo: Correo electrónico Luamada telefónica Mensajería de texto Documentación física ¿La incapacidad es producto de la ocupación del asegurado? Si No Para el caso de enfermedad explique:  Para el caso de incapacidad a consecuencia de accidente detalle: Lugar del Accidente: Describa el accidente:  CHA sufrido alguna vez esta incapacidad anteriormente? Si No En caso de respuesta afirmativa explique:  Describa los médicos que lo han tratado:  Nombre Dirección del centro médico/consultorio Fecha de Consulta Nombre Dirección del centro médico/consultorio  Año Hago constar que las declaraciones contenidas en este formato son correctas, veridicas y que cualquier declaración falsa o inexacta anula este reclamo y la póliza afectada.  Autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que teng- conocimiento de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por Seguro LAFISE, como insumo para esclarecer la ocurrencia del sincienzo, a pellidos e historial clínico.	Cédula Residencia	Pasaporte	Nº:		Sexo:	=M
Naturaleza de la incapacidad:	Dirección:					
Indicar el medio el medio por el cual le enviemos notificaciones de su reclamo:    Correo electrónico	Teléfono:	Celular:	E-mail:			
Correo electrónico   Llamada telefónica   Mensajería de texto   Documentación física ¿La incapacidad es producto de la ocupación del asegurado?   Sí   No   Para el caso de enfermedad explique:   Para el caso de incapacidad a consecuencia de accidente detalle:   Para el caso de incapacidad a consecuencia de accidente detalle:   Pecha del Accidente:   Pecha del Accid	Naturaleza de la incapacidad:	Enfermedad	Accidente			
¿La incapacidad es producto de la ocupación del asegurado? Sí No  Para el caso de enfermedad explique:    Para el caso de incapacidad a consecuencia de accidente detalle:   Lugar del Accidente: Fecha del Accidente: Describa el accidente:   Para el caso de incapacidad a consecuencia de accidente detalle:   Para el caso de incapacidad a consecuencia de accidente detalle:   Paccidente:   Paccid	Indicar el medio el medio por el cua	l le enviemos notifica	ciones de su reclamo:			
Para el caso de incapacidad a consecuencia de accidente detalle:  Lugar del Accidente:	Correo electrónico	amada telefónica	Mensajería de te	exto	Documentación f	física
Para el caso de incapacidad a consecuencia de accidente detalle:  Lugar del Accidente:	¿La incapacidad es producto de la d	ocupación del asegur	ado? Sí No			
Lugar del Accidente:	Para el caso de enfermedad expliqu	ie:				
En caso de respuesta afirmativa explique:    Describa los médicos que lo han tratado:    Nombre	Para el caso de incapacidad a cons	ecuencia de accident	re detalle:			
¿Ha sufrido alguna vez esta incapacidad anteriormente? Sí No  En caso de respuesta afirmativa explique:  Describa los médicos que lo han tratado:  Nombre Dirección del centro médico/consultorio Fecha de Consulta Día Mes Año  Hago constar que las declaraciones contenidas en este formato son correctas, verídicas y que cualquier declaración falsa dinexacta anula este reclamo y la póliza afectada.  Autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que teng conocimiento de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por Segure LAFISE, como insumo para esclarecer la ocurrencia del siniestro, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 10 del Arto, 8 de la Ley 423 (Ley General de Salud), relevándolos del secreto profesional a fin de que puedan facilitar la información solicitada por Seguros LAFISE, con mis nombres, apellidos e historial clínico.	Lugar del Accidente:		Fech	na del Accidente	ē	
En caso de respuesta afirmativa explique:    Describa los médicos que lo han tratado:    Nombre	Describa el accidente:					
Describa los médicos que lo han tratado:    Nombre						
Nombre  Dirección del centro médico/consultorio  Día Mes Año  Hago constar que las declaraciones contenidas en este formato son correctas, verídicas y que cualquier declaración falsa cinexacta anula este reclamo y la póliza afectada.  Autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que tengiconocimiento de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por Seguro LAFISE, como insumo para esclarecer la ocurrencia del siniestro, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 10 del Arto. 8 de la Ley 423 (Ley General de Salud), relevándolos del secreto profesional a fin de que puedan facilitar la información solicitada por Seguros LAFISE, con mis nombres, apellidos e historial clínico.	Describa los médicos que lo han tra	itado:				
inexacta anula este reclamo y la póliza afectada.  Autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que tenga conocimiento de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por <b>Seguro LAFISE</b> , como insumo para esclarecer la ocurrencia del siniestro, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 10 del Arto. 8 de la Ley 423 (Ley General de Salud), relevándolos del secreto profesional a fin de que puedan facilitar la información solicitada por <b>Seguros LAFISE</b> , con mis nombres, apellidos e historial clínico.	Nombre	Dirección	del centro médico/con:	sultorio Dí		
inexacta anula este reclamo y la póliza afectada.  Autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que tenga conocimiento de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por <b>Seguro LAFISE</b> , como insumo para esclarecer la ocurrencia del siniestro, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 10 del Arto. 8 de la Ley 423 (Ley General de Salud), relevándolos del secreto profesional a fin de que puedan facilitar la información solicitada por <b>Seguros LAFISE</b> , con mis nombres, apellidos e historial clínico.						
inexacta anula este reclamo y la póliza afectada.  Autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que tenga conocimiento de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por <b>Seguro LAFISE</b> , como insumo para esclarecer la ocurrencia del siniestro, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 10 del Arto. 8 de la Ley 423 (Ley General de Salud), relevándolos del secreto profesional a fin de que puedan facilitar la información solicitada por <b>Seguros LAFISE</b> , con mis nombres, apellidos e historial clínico.						
inexacta anula este reclamo y la póliza afectada.  Autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que tenga conocimiento de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por <b>Seguro LAFISE</b> , como insumo para esclarecer la ocurrencia del siniestro, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 10 del Arto. 8 de la Ley 423 (Ley General de Salud), relevándolos del secreto profesional a fin de que puedan facilitar la información solicitada por <b>Seguros LAFISE</b> , con mis nombres, apellidos e historial clínico.						
inexacta anula este reclamo y la póliza afectada.  Autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que tenga conocimiento de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por <b>Seguro LAFISE</b> , como insumo para esclarecer la ocurrencia del siniestro, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 10 del Arto. 8 de la Ley 423 (Ley General de Salud), relevándolos del secreto profesional a fin de que puedan facilitar la información solicitada por <b>Seguros LAFISE</b> , con mis nombres, apellidos e historial clínico.						
inexacta anula este reclamo y la póliza afectada.  Autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que tenga conocimiento de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por <b>Seguro LAFISE</b> , como insumo para esclarecer la ocurrencia del siniestro, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 10 del Arto. 8 de la Ley 423 (Ley General de Salud), relevándolos del secreto profesional a fin de que puedan facilitar la información solicitada por <b>Seguros LAFISE</b> , con mis nombres, apellidos e historial clínico.						
Firmando en la ciudad de: el el/	inexacta anula este reclamo y la pól Autorizo a cualquier hospital, clínic conocimiento de mi persona o mi sa LAFISE, como insumo para esclare 10 del Arto. 8 de la Ley 423 (Ley 6	liza afectada. ca, laboratorio, médi alud, a suministrar cu ecer la ocurrencia del General de Salud), re	co, compañía de Segu alquier información esc siniestro, no teniendo a elevándolos del secreto	uros, otra institu rita (en físico o d aplicabilidad lo e o profesional a fi	ución o individuo digital) solicitada p establecido en los	que tenga oor <b>Seguro</b> incisos 5 y
	Firmando en la ciudad	d de:	el	/	/	
	- IIIIaiiao oii ia oidaa					
		Firma	a del Asegurado			

1 de 3 FRI-HR-4

## II. DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE (EN CASO DE RECLAMO POR SEGURO COLECTIVO)

recha	de inclusión del Asegurado:/			/ _		-	
Nombr	e del reclamante:						
Seguro	colectivo número:						
Nombr	e del Contratante de la Póliza:						
¿Estab	a el asegurado empleado a la fecha en que	empezó la	a incapacid	ad?	Sí 🔲	No	
En cas	o de respuesta negativa, explique:		<del> </del>				
	el asegurado derecho a los beneficios del I		□Sí □	No			
	o de respuesta afirmativa, ¿Ha realizado rec	ciamo?	Sí Car	No			
Com	pletado por Firma y Sello del Contratante		Fecha		Número Telé	fono	Número Celular
	,		reona		itamero reie		
ШГ	DECLARACIÓN DEL MÉDICO TF	RATANT	'F				
						Cava	
	e del Paciente:						F M
recna	de los primeros síntomas:						
	¿Cuándo consultó el paciente por primera ¿Ha tenido el paciente alguna vez una cor						
	cuándo y descríbala):		_			,	n caso positivo, diga
Monoic	one los antecedentes patológicos personale						
Mencic	one los antecedentes patologicos personale	es dei paci	ente y lech	a ue ui	agriostico.		
	Antecedentes						
	Afficedentes	;				Fech	a de diagnóstico
	Amecedemes		_	_	_	Fech	a de diagnóstico
	Amecedemes		_		_	Fech	a de diagnóstico
	Amecedemes					Fech	a de diagnóstico
Especi	fique la naturaleza de la enfermedad:						
	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad:						
Diga el	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad:						
Diga el	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad: pa:						
Diga el	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad: oa: Signos y síntomas de la enfermedad: ¿Se realizaron exámenes?	o En cas	so de respu	esta at	irmativa espe	cifique lo	s resultados:
Diga el	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad: ba: Signos y síntomas de la enfermedad: ¿Se realizaron exámenes?	o En cas	so de respu	esta at	ïrmativa espe	cifique lo	s resultados:
Diga el	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad: ba: Signos y síntomas de la enfermedad: ¿Se realizaron exámenes?	o En cas	so de respu	esta al	irmativa espe	cifique lo	s resultados:
Diga el	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad: ba: Signos y síntomas de la enfermedad: ¿Se realizaron exámenes?	o En cas	so de respu	esta al	irmativa espe	cifique lo	s resultados:
Diga el	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad: ba: Signos y síntomas de la enfermedad: ¿Se realizaron exámenes?	o En cas	so de respu	esta af	irmativa espe	cifique lo	s resultados:
Diga el	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad: ba: Signos y síntomas de la enfermedad: ¿Se realizaron exámenes?	o En cas	so de respu	esta af	irmativa espe	cifique lo	s resultados:
Diga el Descril	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad: pa: Signos y síntomas de la enfermedad: ¿Se realizaron exámenes?	ermedad?	so de respu	esta af	irmativa espe	cifique lo	s resultados:
Diga el Descril ¿Está t ¿Pued	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad: oa: Signos y síntomas de la enfermedad: ¿Se realizaron exámenes?	ermedad?	so de respuFSí [ En caso d	esta af	irmativa espe	cifique lo	s resultados:
Diga el Descril ¿Está t ¿Puedo la que	fique la naturaleza de la enfermedad: tiempo de evolución de la enfermedad: pa: Signos y síntomas de la enfermedad: ¿Se realizaron exámenes?	ermedad?	so de respu	esta af	irmativa espe	cifique lo	s resultados: e fecha aproximada en

2 de 3 FRI-HR-4