



**ace seguros**

# FORMULARIO DE INDEMNIZACIONES

## 1. DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

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 verídicas, 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

# DECLARACIÓN DEL MÉDICO

## 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:**  
**OFICINA PRINCIPAL**  
**Bogotá D.C.**

Calle 72 No. 10-51 Piso 7  
PBX: (571) 319 0400  
(571) 319 0300  
Fax: (571) 319 0408  
(571) 319 0304

**SUCURSALES**

**Medellín**

Calle 3 Sur No. 41-65 of.  
601 PBX: (574) 321 5100  
Fax: (574) 321 2644

**Santiago de Cali**

Calle 64 No. 5B Norte -146 OFICINA B2  
Centro De Negocios Centro Empresas.  
PBX: (572) 489 8484

**Barranquilla**

Calle 74 No. 56 - 36 OFC. 307  
Edificio Centro Empresarial Inverfin.  
PBX: (575) 360 5843 (575) 368 8931  
Fax: (575) 368 1217

**LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

Seguros de Vida y Accidentes  
**018000 917500 ó 01800 9121406**  
Indemnizaciones Bogotá  
**(571) 319 0300 Ext. 2063 - 2064**

**Defensor del Cliente:**

Estudio Jurídico Ustáriz &  
Abogados Ltda.  
Carrera 10 No. 97A-13 Torre A  
Oficina 502 - Teléfono: (571) 642 1238  
Fax: (571) 642 1239  
Bogotá, Colombia.

**[www.aceseguros.com](http://www.aceseguros.com)**