



SEGUROS CÓNDOR
Garantizamos su tranquilidad

COMPAÑÍA DE SEGUROS CÓNDOR S.A.
SEGURO DE VIDA COLECTIVA
AVISO DE SINIESTRO

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Apellidos y Nombres / Razón social :		
Tipo de Identificación :	No. de Identificación :	
Celular :	Teléfono :	
Correo electrónico :		
Dirección (Domicilio) :		
Ciudad :	Cantón :	Provincia :

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos :		
Tipo de Identificación :	No. de Identificación :	
Celular :	Teléfono :	
Correo electrónico :		
Dirección (Domicilio) :		
Ciudad :	Cantón :	Provincia :
Fecha de nacimiento :	Lugar de Nacimiento :	
Género : <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil : <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U	
Fecha de Ingreso :	Cargo :	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE NOTIFICA EL RECLAMO

Apellidos y Nombres :		
Tipo de Identificación :	No. de Identificación :	
Celular :	Teléfono :	
Correo electrónico :		
Dirección (Domicilio) :		
Ciudad :	Cantón :	Provincia :
Fecha de nacimiento :	Lugar de Nacimiento :	
Género : <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil : <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U	
Relación con el Asegurado :		

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Número de póliza bajo la cual presenta el reclamo :	Anexo :
Cobertura(s) afectada(s) :	

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

1. Tenía el Asegurado seguros de vida en otra compañía : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No											
En caso afirmativo especificar nombre y monto del seguro.											
<table><thead><tr><th>COMPANIA</th><th>MONTO ASEGURADO</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	COMPANIA	MONTO ASEGURADO									
COMPANIA	MONTO ASEGURADO										

Este es un **DOCUMENTO** de propiedad de la Compañía de Seguros **CÓNDOR S.A.**
Prohibida su reproducción y/o Distribución parcial o total sin autorización previa de la Gerencia General

0201 AS-NOR-VIC SN01
V2.1 - 10042024 Pág. 1 de 2

2. Descripción de circunstancias (Describa minuciosamente, sin omitir detalle):

Ciudad : _____ Fecha : _____ Hora : _____

Dónde ocurrió : _____

Cómo ocurrió : _____

Descripción de la lesión : _____

¿Intervino alguna autoridad al momento del siniestro? Por favor detalle : _____

En caso de gastos médicos, indique el total del monto reclamado USD \$.: _____

Favor adjunte documentos originales de la atención médica (facturas, órdenes, resultados de exámenes, etc)

Indique el número de póliza bajo la cual presenta el reclamo : _____

3. Información para ser llenada por el médico tratante

Nombres del paciente : _____ No. de Identificación : _____

Diagnóstico completo : _____

Fecha de la atención médica : _____ Ciudad : _____ Hora : _____

En caso de hospitalización

Nombre del hospital : _____ Teléfono : _____

Fecha de ingreso : _____ Fecha de alta : _____

En caso de cirugía, describa los procedimientos médicos completos : _____

¿Ordenó interconsulta con otros médicos? ☐ Si ☐ No

Nombre del médico de interconsulta y especialidad : _____

Nombre del médico tratante : _____ Teléfono : _____

Fecha : _____ Firma y sello : _____

DECLARACIÓN

Autorizo a la **Compañía de Seguros Cóndor S.A.** a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado según lo indicado en las condiciones generales de la póliza.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía todo la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la póliza.

En la ciudad de _____ al _____ de _____ del _____.

Firma

Apellidos y Nombres : _____

No. de Identificación : _____

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente AVISO DE SINIESTRO DE VIDA COLECTIVA el número de registro SCVS-1-2-SF-168-777004423-13112023, el 13112023.

Este es un **DOCUMENTO** de propiedad de la Compañía de Seguros **CÓNDOR S.A.** 0201 AS-NOR-VIC SN01
Prohibida su reproducción y/o Distribución parcial o total sin autorización previa de la Gerencia General V2.1 - 10042024 Pág. 2 de 2