

Olé Insurance Group Corp I.I. entregará a Griffin Underwriting Limited, como emisor de la cobertura, el Formulario de Reclamo debidamente completado y la documentación de respaldo requerida. La validez del reclamo y el pago sera realizado por ellos.

Entendemos que se han producido circunstancias que le han causado una incapacidad que puede dar lugar a una reclamación en virtud de su póliza. Para que podamos revisar su caso y garantizar los pagos a tiempo, proporcione la siguiente información lo antes posible. Le agradecemos su ayuda y lamentamos saber que se han producido estas circunstancias.

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Segundo nombre                      Apellido                      Segundo Apellido

Nº de identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: dd/mm/aa

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      País                      Código Postal

Ocupación: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador actual: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      País                      Código Postal

Salario bruto actual: **USD** \_\_\_\_\_ (mensual)

Se entiende por salario "el salario básico bruto mensual y demás remuneraciones de carácter constante (excluidos los subsidios y bonificaciones y excluidos los gastos que se reembolsen) percibidos por la Persona Asegurada durante el período de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha del Accidente o Enfermedad que origine la pérdida, respaldado por un Estado Financiero Confidencial".

## DETALLES DE LA PÉRDIDA

Fecha en que se produjo por primera vez la incapacidad: dd/mm/aa

Fecha de la primera consulta del asegurado debido a la incapacidad: dd/mm/aa

Causa de la pérdida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha sufrido usted esta o alguna condición similar anteriormente? **SÍ**  **NO**

En caso afirmativo, proporcione más información. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA

Datos del médico que determinó lo anterior.

NOMBRE	ESPECIALIDAD	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO

¿Cuándo se diagnosticó esto por primera vez? dd/mm/aa

¿Cuándo se manifestaron por primera vez los síntomas de esta enfermedad o accidente?

dd/mm/aa

¿Alguna vez ha sufrido una enfermedad similar o relacionada? **SÍ**  **NO**

## OTROS SEGUROS

¿Está usted actualmente asegurado contra accidentes o enfermedades y tiene una póliza de gastos médicos y/o de vida y/o otro seguro de invalidez? **SÍ**  **NO**

En caso afirmativo, indique con qué compañía de seguros cuenta y el monto de la cobertura (indicando si incluye beneficios semanales o mensuales). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN

Entiendo que el formulario de solicitud en el que se basó esta cobertura contiene información y declaraciones firmadas por mí. También entiendo que dicha información y declaración formarán parte de la base de la liquidación de cualquier reclamo bajo esta cobertura. Confirmando que la información proporcionada anteriormente es verdadera y completa y que no he ocultado ningún hecho material.

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha: mm/ dd / aa

## INFORMACIÓN PARA RESPALDAR SU RECLAMO

1. Documento de identidad nacional oficial o pasaporte.
2. Comprobante de empleo, o de estar trabajando activamente en la Ocupación declarada en el anexo de Beneficios, en la fecha de la Incapacidad;
3. Comprobante del salario anual en la fecha de la incapacidad. Esto puede incluir:  
Declaraciones de nómina del empleador, documentos de declaraciones de impuestos, copias de estados de cuenta bancarios, evidencia de participaciones accionarias, declaraciones de cuentas bancarias en el extranjero o fuera del país, copias de solicitudes de préstamos bancarios, incluida la verificación bancaria de la solicitud, ganancias por comisiones recibidas fuera del país de origen;
4. Un informe médico detallado, a cargo del Asegurado, del médico o médicos que le atendieron en el momento del siniestro, sobre la causa y las consecuencias de la lesión corporal o enfermedad, así como el grado y la duración probable de la invalidez.
5. Factura de servicios públicos como gas, electricidad o agua, que debe incluir su nombre y dirección (no debe tener más de 3 meses de antigüedad).
6. Copias de otras pólizas de seguro vigentes, si las hubiera.
7. Cualquier otra información que sea necesaria para sustentar el reclamo según lo solicite el Asegurador.