

I. DATOS GENERALES

Fecha: ____/____/____

Póliza N°: _____ Trámite N°: _____ Reclamo N°: _____

Indicar el medio por el cual le enviemos notificaciones de su reclamo:

 Correo electrónico Llamada telefónica Mensajería de texto Documentación física**II. DATOS DEL ASEGURADO**

Nombres y Apellidos: _____

N° cédula: _____

Lugar de nacimiento (Ciudad y país): _____

Fecha de nacimiento: _____

¿De qué documento se obtuvo la fecha anterior? _____

Dirección domicilio al momento de su muerte: _____

Ocupación cuando contrató la póliza: _____

Estatus laboral al momento de fallecer: Activo JubiladoEn caso de ser jubilado indique el tipo: Vejez Invalidez

Ocupación al fallecer: _____

Estado Civil al fallecer: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión de hecho estable

Nombres y apellidos: _____

III. DATOS DEL FALLECIMIENTO

Unidad médica donde falleció: _____ Ciudad: _____

Fecha de ingreso a la unidad médica: ____/____/____ Fecha de fallecimiento: ____/____/____

Causa de la muerte (mencionando enfermedades, no circunstancias):

¿Cuánto tiempo duró la enfermedad que le causó la muerte al asegurado? _____

¿En qué fecha se presentaron los primeros indicios de la decadencia de su salud? ____/____/____

Mencione los hechos relacionados con la causa y circunstancias de la muerte del asegurado:

¿En qué unidad de salud o clínica particular, se atendía o pasaba consulta el asegurado?

Nombre de la clínica o unidad: _____

Ciudad: _____ Dirección: _____

Nombre del doctor que le atendía: _____

El asegurado (a):

¿Tomaba licor? Sí No¿Tomaba en exceso? Sí No¿Estaba ebrio al momento de fallecer? Sí No¿Tenía el asegurado alguna otra póliza de vida? Sí No

En caso de respuesta positiva indicar la Compañía aseguradora:

Compañía: _____ Monto Suma: _____ Vigencia: _____

Compañía: _____ Monto Suma: _____ Vigencia: _____

Compañía: _____ Monto Suma: _____ Vigencia: _____

IV. DATOS DEL RECLAMANTE

Póliza individual (para uso de beneficiarios)

Para el presente declaro (declaramos) que las anteriores respuestas son ciertas y exactas hasta donde me (nos) consta, se (sabemos) y recuerdo (recordamos). En fe de lo cual firmo (firmamos), en la ciudad de: _____
a los: _____ días del mes de: _____ del año: _____.

Beneficiario 1

Nombre: _____

Número de cédula: _____ Relación con el asegurado: _____

Dirección: _____

Firma

Beneficiario 2

Nombre: _____

Número de cédula: _____ Relación con el asegurado: _____

Dirección: _____

Firma

Beneficiario 3

Nombre: _____

Número de cédula: _____ Relación con el asegurado: _____

Dirección: _____

Firma

Importante: En los casos de pólizas de seguro individual, la declaración deberá ser ante un notario o funcionario prominente del lugar.

Las firmas que anteceden y declaraciones escritas en este formato son auténticas y fueron puestas de su puño y letra, ante mí: _____

Fecha: ____/____/____

Firma y sello del Notario

Colectivos de vida (para uso del contratante)

Importante: Si el seguro es colectivo, la fe de firma la debe hacer un representante del contratante.

El suscrito delegado del Contratante, declara que las anteriores respuestas son ciertas hasta donde nos consta y sabemos.

Delegado: _____ Cargo: _____

Correo electrónico: _____ Fecha: ____/____/____

Número Teléfono: _____ Número Celular: _____

Firma y sello del Contratante

