

**FORMATO DE RECLAMACIÓN
DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL**

Contratante:	
Número de póliza:	Saldo Deuda: ☐ Si ☐ No
Nombre completo del asegurado:	
Ocupación del asegurado:	
Fecha y hora del fallecimiento:	
Causa de Fallecimiento: ☐ Enfermedad ☐ Accidental ☐ Otros _____	
Lugar exacto de fallecimiento:	
Nombre de hospital o clínica donde falleció:	
Descripción de la Causa de Fallecimiento:	
Nombre completo beneficiario 1:	
No. Id _____	Firma _____
Nombre completo beneficiario 2:	
No. Id _____	Firma _____
Nombre completo beneficiario 3:	
No. Id _____	Firma _____

Este formulario debe ser completado adjuntando los siguientes documentos:

1. Notificación por escrita del fallecimiento del asegurado.
2. Original Acta de Defunción.
3. Original Certificación de la autoridad competente en caso de fallecimiento por causas violentas o accidentales.
4. Original Certificación médica del último médico tratante u hospital donde falleció el asegurado.
5. Copia Identidad del asegurado.
6. Copia Cédula de Identidad y Certificación de Acta de Nacimiento de los beneficiarios.
7. En caso de que él o los beneficiarios sean menores de edad, Certificación de Acta de Nacimiento del menor, Tarjeta de Identidad de los tutores legales y documentos que legalizan esta tutoría.
8. Si aplica, Notificación del Contratante indicando los detalles del crédito: Fecha en la que se otorgó, monto, saldo al momento del fallecimiento.

Lugar y Fecha:	
Nombre del Responsable (Contratante)	Firma y sello
Nombre del Beneficiario	Firma