

Estimado Asegurado o solicitante:

- En los casos en los que no cotice AFP, favor anexar al formulario de solicitud de indemnización, reporte médico que certifique invalidez.

I. DATOS DEL ASEGURADO

1. Apellidos

2. Nombres

3. Contratante

4. Correo electrónico

5. Ocupación

II. DATOS SOBRE LA INVALIDEZ

Lugar (dirección) donde ocurrió

Fecha y hora del siniestro

Origen de la invalidez

Enfermedad ☐

Accidente ☐

Si es por causa de accidente, explique cómo ocurrió

Mencione los nombres de los médicos y hospitales que le atendieron

¿Con qué otra compañía tiene este tipo de seguro?

Si la invalidez fue a causa de enfermedad, indicar diagnóstico

¿Desde cuándo padece la enfermedad?

Declaramos que los datos son verdaderos y autorizo a Aseguradora Agrícola Comercial, S.A. para que investigue los hechos mencionados. Si existiese falsedad en la información, la compañía no estará obligada a pagar este reclamo

Asegurado o Representante legal