



SEGUROS DE PERSONAS  
SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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