



FORMULARIO DE RECLAMACION POR FALLECIMIENTO DE ASEGURADO

SEGURO VIDA INDIVIDUAL

Declaración 1/3

DECLARACION DEL BENEFICIARIO

Nombre del fallecido _____

1.- Lugar y fecha de nacimiento del asegurado _____

2.- Lugar y fecha de la muerte _____

3.- Empleo que desempeñaba a la fecha de la muerte _____

4.- Lugar de Residencia _____

5.- Causa de la muerte _____

a) Si fue enfermedad indicar tiempo de duración de la enfermedad _____

b) Nombre y dirección del médico y/o la Institución de Salud, Hospital y/o Consultorio médico en donde fue atendido

c) Si fue accidental indicar fecha del accidente _____

d) Donde y como ocurrió el accidente _____

e) Si recibió atención médica por el accidente, indicar nombre y dirección del médico y/o la Institución de Salud, Hospital y/o Consultorio médico en donde fue atendido

6.- Es usted beneficiario en la póliza de seguro Si _____ No _____

De su nombre _____

De su parentesco con el asegurado _____

De su fecha de nacimiento _____

De su dirección _____

Firma del Beneficiario _____ Fecha _____