

FORMULARIO DE RECLAMACION POR FALLECIMIENTO DE ASEGURADO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

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 el certificado 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 _____

DECLARACION DEL PATRONO

Por este medio se da aviso de la muerte de _____

Del domicilio de _____

Empleado de esta compañía, y asegurado bajo certificado N° _____

De la Póliza de Vida Colectivo N° _____ por la cantidad de (\$ _____)

Por este medio garantizamos que dicho seguro se encontraba vigente en la fecha de su muerte, y dicho Empleado estuvo en la empresa y en nuestra nomina ininterrumpidamente hasta la fecha de su muerte. Y a nuestro saber y entender el reclamante ha firmado personalmente esta hoja, que es el beneficiario nombrado en el certificado.

Fecha _____ Firma y sello patronal _____