

Nombre del contratante				
No. de póliza	Fecha de recibido	Día	Mes	Año

## 1. Datos del asegurado

<b>Datos generales</b>				
Nombre del asegurado				
Lugar y fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	
Dirección	Ocupación			

## 2. Datos sobre el fallecimiento

Lugar o dirección donde ocurrió				
Fecha	Día	Mes	Año	Hora
Causa de Fallecimiento:	Suicidio	Homicidio	Accidente	Enfermedad
Otro (especifique)				
Explique cómo ocurrió				
<b>Mencione los nombres de médicos y hospitales donde le atendieron</b>				
Si el fallecimiento fue por enfermedad, indique el nombre y la fecha en que comenzó a padecerla				
En qué carácter reclama el pago de la póliza				
Con qué otra compañía estaba asegurado				

## 3. Beneficiarios

<b>Nombre</b>	Edad	DUI
Dirección		
Teléfono	Celular	Email

<b>Nombre</b>		Edad	DUI
Dirección			
Teléfono	Celular	Email	
<b>Nombre</b>		Edad	DUI
Dirección			
Teléfono	Celular	Email	

DECLARO QUE LOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO(AMOS) A ASSA VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS. PARA QUE INVESTIGUE LOS HECHOS MENCIONADOS, SI EXISTIESE FALSEDAD EN LA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR ESTE RECLAMO.

_____	_____
Beneficiario o Representante Legal	Nombre
_____	_____
Beneficiario o Representante Legal	Nombre
_____	_____
Beneficiario o Representante Legal	Nombre

**4. Declaración de testigo**

HAGO CONSTAR QUE ESTE DOCUMENTO HA SIDO FIRMADO EN MI PRESENCIA POR LA PERSONA ARRIBA DETALLADA Y DOY FE QUE TODAS LAS DECLARACIONES ESTÁN AJUSTADAS A LA VERDAD.

Nombre		
DUI	Teléfono	Email
Dirección		

\_\_\_\_\_

Firma