

Solicitud de Indemnización por Invalidez Total y Permanente

Dirección Calle Loma Linda, No. 265, Col. San Benito, San Salvador (503) 2133-9665; 9659; 9666; 9629
 Teléfono

Estimado Asegurado o solicitante:

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

1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado:						
Edad:	Lugar y fecha de Nacimiento:			Día	Mes	Año
Dirección:			Ocupación:			

2. DATOS SOBRE LA INVALIDEZ

En caso de accidente, lugar (dirección) donde ocurrió:				
Fecha del siniestro:	Día	Mes	Año	Hora del siniestro:
Mencione los nombres de médicos y hospitales donde le atendieron				
Con qué otra compañía tiene este tipo de seguro:				
Si la invalidez fue causa de enfermedad, indicar diagnóstico:				
Desde cuándo padece la enfermedad:				
Mencione los nombres de médicos y hospitales donde le atendieron				

DECLARO QUE LOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO 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.

<hr/> Nombre y Firma de Asegurado o Representante	<hr/> DUI	<hr/> Fecha
---	-----------	-------------