

Nombre del Contratante				
No. De Póliza	Fecha de recibido	Día	Mes	Año

1. DATOS DEL ASEGURADO

DATOS GENERALES				
Nombre del Asegurado				
Lugar y Fecha de Nacimiento			Día	Mes
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				
Mencione los nombres de médicos y hospitales donde le atendieron				
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

Nombre	Edad	DUI
Dirección		
Teléfono	Celular	Email

Nombre		Edad	DUI
Dirección			
Teléfono	Celular	Email	
Nombre		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