



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO  
SEGURO DE VIDA COLECTIVO "MASIVO"**

**1. DATOS DEL ASEGURADO**

Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

**2. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO**

Lugar y dirección en donde ocurrió \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Causa del fallecimiento:    Enfermedad        Accidente        Homicidio        Suicidio        Otros   

Especificar: \_\_\_\_\_

Explique cómo ocurrió \_\_\_\_\_

Si fue hospitalizado mencione los nombres de médicos y hospitales donde le atendieron \_\_\_\_\_

Nombre del declarante \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Con que otra Compañía estaba asegurado \_\_\_\_\_

**3. BENEFICIARIOS**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ DUI \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

No. teléfono de residencia \_\_\_\_\_ No. Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ DUI \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

No. teléfono de residencia \_\_\_\_\_ No. Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ DUI \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

No. teléfono de residencia \_\_\_\_\_ No. Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son verdaderos y autorizo a FEDECREDITO VIDA, S.A SEGUROS DE PERSONAS, para que investigue los hechos mencionados. La Compañía no estará obligada a pagar este reclamo si existiese falsedad en la comunicación.

F. \_\_\_\_\_  
Beneficiario o representante legal

F. \_\_\_\_\_  
Beneficiario o representante legal

F. \_\_\_\_\_  
Beneficiario o representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo