

1. DATOS DEL ASEGURADO

Póliza No. _____ Patrono o Contratante _____

Nombre del Asegurado _____

Lugar y fecha de nacimiento _____ Ocupación _____

Dirección _____

2. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

Lugar o dirección en donde ocurrió _____

Fecha _____ Hora _____

Causa del fallecimiento: Enfermedad Accidente Homicidio Suicidio Otros

Especificar: _____

Explique cómo ocurrió _____

Mencione los nombres de médicos y hospitales donde le atendieron _____

Si el fallecimiento fue por enfermedad, anote el nombre y la fecha en que comenzó a padecerla _____

En qué carácter reclamo el pago _____

Con que otra Compañía estaba Asegurado _____

3. BENEFICIARIO

Nombre _____ Edad _____ DUI _____

Dirección _____

Tel. Residencia _____ Tel. Celular _____ Email _____

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

El suscriptor del presente aviso de siniestro, en su calidad de beneficiario o familiar del asegurado, autoriza expresamente a FEDECREDITO VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS conforme al art. 1375 del Código de Comercio; para solicitar y obtener toda la información o documentación relacionada con el siniestro, que permitan determinar la cobertura del seguro de conformidad a las circunstancias o consecuencias del mismo y por lo tanto faculta a FEDECREDITO VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS a investigar de forma directa los antecedente médicos del asegurado y sus respectivos soportes en toda la red de salud privada y pública, nacional o internacional.

Nombre y firma

_____, a los _____ días del mes de _____ de 20_____

Lugar o municipio