



SEGURO DE VIDA COLECTIVO AVISO DE SINIESTRO (DESGRAVAMEN)

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: Número de Identificación:

Edad: años. Estado Civil:

2. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Nombre del Reclamante: Número de Identificación:

Parentesco / Relación Estado Civil:

Domicilio:

Ciudad: Provincia: Calle principal: Calle secundaria: No.:

Ocupación actual:

Teléfono Fijo: Teléfono Celular: Correo Electrónico:

3. FECHA Y HORA DEL SINIESTRO: Horas.
dd / mm / aaaa

4. LUGAR (en la calle, en la casa o en el trabajo):

5. DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ EL SINIESTRO

6. NARRACIÓN CLARA Y DETALLADA DE CÓMO ACONTECIÓ EL SINIESTRO. (Describa la ocurrencia del siniestro):

7. CAUSA DEL SINIESTRO:

Muerte Accidental Muerte por Cualquier Causa Incapacidad Total y Permanente

8. ¿INTERVINO ALGUNA AUTORIDAD? Si No

EL FIRMANTE SE RESPONSABILIZA POR LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO

Lugar: día mes de 20

ASEGURADO / RECLAMANTE

CONTRATANTE

NOTA: El presente formulario se encuentra en trámite de registro ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.