

FORMULARIO DE RECLAMACION VIDA

SEGURO DE VIDA COLECTIVA Vida en Grupo () Vida Desgravamen ()

CONTRATANTE:

POLIZA No.

VIGENCIA DE LA POLIZA:

Desde:

Hasta:

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO:

<i>Primer Apellido</i>	<i>Segundo Apellido</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>		
Número de Identificación:		Fecha de Nacimiento:			
<input type="text"/>		Día	Mes	Año	
Estado Civil:		Género:			
Soltero () Casado () Divorciado () Unión de Hecho ()		M () F ()			
No. Teléfono Celular:		Correo electrónico:			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

INFORMACION DEL SINIESTRO

Detalle el evento:

En el momento del fallecimiento, el Asegurado estaba recibiendo atención médica en algún centro médico, ¿hospital o clínica?

SI

NO

En caso de ser afirmativa su respuesta, dar detalles:

Intervino alguna autoridad?

SI

NO

En caso de ser afirmativa su respuesta, dar detalles:

¿Tenía el Asegurado seguros de vida en otra compañía?

SI

NO

En caso de ser afirmativa su respuesta, especificar nombre y monto del seguro.

DECLARACION Y AUTORIZACION

Autorizo a **VAZSEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía toda la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

Firma del Beneficiario

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

*La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente declaración de beneficiarios el número de registro **52476**, el **30 de enero de 2020**.*

www.vazseguros.com