



AVISO DE RECLAMACIÓN PÓLIZA DE VIDA

NÚMERO DE PÓLIZA POR EL CUAL RECLAMA:

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO

CIUDAD DE RESIDENCIA

FECHA DE FALLECIMIENTO

CAUSA DEL FALLECIMIENTO

LUGAR DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

NOMBRES Y DIRECCIONES DE TODOS LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

NOMBRE	DIRECCION	FECHA	RAZÓN

(*) En caso de requerir más espacio, registre la información en la parte de atrás de este formulario

NOMBRES Y LUGARES DE TODOS LOS HOSPITALES O INSTITUCIONES DONDE EL ASEGURADO FUE TRATADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

HOSPITAL O INSTITUCIÓN	CIUDAD	FECHA

(*) En caso de requerir más espacio, registre la información en la parte de atrás de este formulario

NOMBRE DEL RECLAMANTE (EN LETRA DE MOLDE)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SU DIRECCIÓN Y CIUDAD
(COMPLETA)

CORREO ELECTRÓNICO

NO. DE TELÉFONO

EN QUE CALIDAD PRESENTA EL AVISO DE RECLAMO? EJEMPLO, BENEFICIARIO, ALBACEA O APODERADO



TIENE ALGÚN PARENTESCO CON EL ASEGURADO? _____

A CONTINUACIÓN, REGISTRE LOS DOCUMENTOS QUE ADJUNTA A ESTE AVISO DE RECLAMACIÓN:

TIPO DE DOCUMENTO	SI	NO
Original o copia autenticada del Registro Civil de defunción		
Original o copia autenticada del Certificado de Fiscalía (muerte violenta o accidental)		
Fotocopia de la Historia Clínica para casos de muerte natural o por enfermedad		
Fotocopia del documento de identidad del asegurado		
Registro Civil de Nacimiento (hijos, padres o hermanos)		
Registro civil de matrimonio con notas marginales (cónyuge)		
Declaración de unión marital de hecho en vida de los compañeros mediante conciliación, notaria o sentencia judicial (compañeros permanentes)		

FIRMADA EN _____ EL DIA _____ DE _____, 20_____

FIRMA DEL RECLAMANTE