



SEGUROS AMERICA
Formato de Reclamo
Seguro Colectivo de Vida para Saldo Deudor

DECLARACION DEL ACREEDOR CONTRATANTE CON DERECHO A RECLAMAR EL PAGO DEL SEGURO

Por este medio ponemos en conocimiento que el Sr. (a) _____
ha fallecido. Que dicho (a) Señor (a) era la misma persona cuya vida estaba asegurada con SEGUROS AMERICA, S.A., bajo la Póliza N° CVDH-_____ con vigencia desde _____ hasta _____
con Tarjeta Tipo: _____ N° _____ con Saldo Deudor a la fecha de fallecimiento de: _____ y con todas las primas sobre dicha póliza pagadas.

En consecuencia estamos solicitando la respectiva liquidación de la Suma Asegurada (Saldo Deudor), de acuerdo con las estipulaciones del contrato de seguros y bajo la información contenida en los listados (Planillas) presentada por el Acreedor Contratante:

Nombre y Apellidos de la persona fallecida: _____

Domicilio (dirección) de (el) (la) fallecido (a) al momento de su muerte: _____

Lugar y fecha de nacimiento del asegurado: _____

Lugar (hospital o ciudad) y fecha de su muerte: _____

¿Cuál fue la causa de su muerte?: _____

En que centro de Salud, Hospital, Clínica Particular, etc. era atendido el asegurado o pasaba consulta: _____

Por el presente declaro (amos) que las anteriores respuestas son ciertas y exactas.

En fe de lo cual firmo (amos), en la Ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma del Reclamante

Firma del Acreedor Contratante

Testigo

Testigo

Dirección

Dirección

El suscrito delegado del contratante, declara que las anteriores respuestas y firmas son ciertas, auténticas hasta donde nos consta y sabemos.

**Firma y sello del Acreedor Contratante, nombre
y Cargo o Firma del funcionario que Autentique las firmas**

- Se anexan:
- a) Constancia de Defunción del Ministerio de Salud
 - b) Certificado de Defunción emitida por el Registro del Estado civil de las Personas
 - c) Certificado de Nacimiento o copia de cédula de identidad
 - d) Estado de cuenta a la fecha del fallecimiento.