

**FORMATO DE RECLAMACIÓN  
DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

Datos del Asegurado:

Nombre completo:
Número de póliza:
Número de expediente:
Número de Certificado:
Fecha en la que ingresó al Seguro Colectivo:
Contratante:

Indicar lo siguiente:

Lugar, fecha y hora del Fallecimiento:
Describe las causas del Fallecimiento:

Este formulario debe ser completado adjuntando los siguientes documentos:

- Notificación por escrita del fallecimiento del asegurado.
- Acta de Defunción.
- Certificación de la autoridad competente en caso de fallecimiento por causas violentas o accidentales.
- Certificación médica del último médico tratante u hospital.
- Copia del Carnet del IHSS.
- Notificación del contratante indicando los detalles del crédito: Fecha en la que se otorgó, monto, saldo al momento del fallecimiento.
- Cedula de identidad y/o partidas de nacimiento de los beneficiarios.
- En caso de que él o los beneficiarios sean menores de edad, partidas de nacimiento del menor, tarjeta de identidad de los tutores legales y documentos que legalizan esta tutoría.

Lugar y Fecha:	
Nombre del Responsable (Contratante)	Firma y sello
Nombre del Beneficiario	Firma