

**1. DATOS DEL ASEGURADO**

Póliza No. \_\_\_\_\_ Patrono o Contratante \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**2. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO**

Lugar o dirección en donde ocurrió \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Causa del fallecimiento: Enfermedad  Accidente  Homicidio  Suicidio  Otros

Especificar: \_\_\_\_\_

Explique cómo ocurrió \_\_\_\_\_

Mencione los nombres de médicos y hospitales donde le atendieron \_\_\_\_\_

Si el fallecimiento fue por enfermedad, anote el nombre y la fecha en que comenzó a padecerla \_\_\_\_\_

En qué carácter reclamo el pago \_\_\_\_\_

Con que otra Compañía estaba Asegurado \_\_\_\_\_

**3. BENEFICIARIO**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ DUI \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son verdaderos y autorizo a FEDECREDITO VIDA, S.A. SEGURO DE PERSONAS, para que investigue los hechos mencionados. La Compañía no estará obligada a pagar este reclamo si existiese falsedad en la información.

El suscriptor del presente aviso de siniestro, en su calidad de beneficiario o familiar del asegurado, autoriza expresamente a FEDECREDITO VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS conforme al art. 1375 del Código de Comercio; para solicitar y obtener toda la información o documentación relacionada con el siniestro, que permitan determinar la cobertura del seguro de conformidad a las circunstancias o consecuencias del mismo y por lo tanto faculta a FEDECREDITO VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS a investigar de forma directa los antecedente médicos del asegurado y sus respectivos soportes en toda la red de salud privada y pública, nacional o internacional.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Lugar o municipio