

Formulario No. 4 Indemnización por Invalidez Total y Permanente

**DATOS DEL ASEGURADO**

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Contratante

Domicilio

Ocupación

**DATOS SOBRE INVALIDEZ**

1. Lugar donde ocurrió (dirección) \_\_\_\_\_

2. Fecha y hora del siniestro \_\_\_\_\_

3. Origen de la invalidez

Enfermedad

Accidente

4. Si es por causa de accidente, explique cómo ocurrió \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Mencione los nombre de los médicos y hospitales que le atendieron \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Con que otra Compañía tiene este tipo de seguro \_\_\_\_\_

7. Si la invalidez fue a causa de enfermedad, indicar diagnostico \_\_\_\_\_

8. Desde cuándo padece la enfermedad \_\_\_\_\_

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 diferencia entre los hechos y la información suministrada.

El suscriptor del presente aviso de siniestro, en su calidad de asegurado o representante legal de éste o beneficiario 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 y obtener documentación de forma directa del historial médico 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