

| DATOS DEL TOMADOR , ASEGURADO TITULAR Y ASEGURADO FALLECIDO | | | |
|---|--|---|---------------------------|
| Tomador: | | Cédula de Identidad / R.I.F: | |
| Asegurado Titular: | | Cédula de Identidad / R.I.F: | |
| Asegurado Fallecido: | | Cédula de Identidad / R.I.F: | |
| Lugar y Fecha de Nacimiento: | Sexo: F M | Parentesco con el Asegurado Titular: | Causa del Fallecimiento: |
| DATOS DE LA PÓLIZA | | | |
| Nº de Póliza: | Duración del Contrato: Desde: / / Hasta: / / | | Lugar y Fecha de Emisión: |
| DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA EL SINIESTRO | | | |
| Nombre y Apellido: | Teléfono Celular: | | Teléfono Domicilio: |
| Correo electrónico: | | | |
| DATOS BANCARIOS DEL BENEFICIARIO DE PAGO | | | |
| Nombres y Apellidos del Titular de la Cuenta: | | Cédula de Identidad: | |
| Correo electrónico: | Cuenta Corriente Cuenta de Ahorro | | |
| INFORMACIÓN DEL SINIESTRO | | | |
| Tipo de Siniestro declarado | | | |
| Muerte Muerte Accidental Desmembramiento o Inhabilitación Total y Permanente Incapacidad Total y Permanente Pago para Gastos Funerarios | | | |
| Lugar del siniestro: | Hora del siniestro: | Fecha de ocurrencia | Fecha de Declaración: |
| Circunstancias en las que ocurrió el hecho: | | | |
| El Tomador Nombre y Apellido/Denominación Social (datos del representante legal si el Tomador es persona Jurídica): C.I. / R.I.F.: Firma: _____ | | Por el Asegurador Representante Nombre y Apellido: Cargo: Firma: _____ | |
| En _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____ | | | |