

LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE VIDA COLECTIVA
AVISO DE SINIESTRO
DEFUNCIÓN

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombres	:			
Actividad	:			
Cedula de Identidad	:		Fecha de Nacimiento	:
Dirección	:			
Ciudad	:		Provincia	:
APS	:			

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO QUE NOTIFICA EL SINIESTRO

Nombres	:			
Cedula de Identidad	:		Relación con el Asegurado	:
Dirección	:			
Teléfono	:		Celular	:
Ciudad	:		Provincia	:

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Póliza	:		Endoso	:
Fecha	:		Hora	:
Causa	:			
Lugar	:			
Ciudad	:		Provincia	:

1. ¿En caso de haberse producido el fallecimiento por un accidente, favor detalle el evento incluyendo lugar y fecha?

2. ¿En el momento del fallecimiento, el Asegurado estaba recibiendo atención médica en algún centro médico, hospital o clínica? SI NO
- En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

3. ¿Intervino alguna autoridad? SI NO
En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

4. ¿Tenía el Asegurado seguros de vida en otra compañía? SI NO
En caso de ser afirmativa su respuesta especificar nombre y monto del seguro

Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía todo la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

Firma del Beneficiario

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 40575, el 4 de Marzo de 2016.