

SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
PARA **RECLAMO POR FALLECIMIENTO**
VIDA COLECTIVO / VIDA INDIVIDUAL O SEGURO DE DEUDA

I. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO:	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN:	Ocupación:

II. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

LUGAR O DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ:	FECHA	HORA
CAUSA DEL FALLECIMIENTO	SUICIDIO ()	HOMICIDIO ()
	ACCIDENTE ()	ENFERMEDAD ()
OTRO (ESPECIFIQUE)		
EXPLIQUE COMO OCURRIÓ		
MENCIONE LOS NOMBRES DE MÉDICOS Y/U HOPITALES DONDE FUE ATENDIDO:	FECHAS APROXIMADAS DE CONSULTA:	
SI EL FALLECIMIENTO FUE POR ENFERMEDAD, ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA EN QUE COMENZÓ A PADECERLA		
¿EN QUE CARÁCTER RECLAMAN EL PAGO DE LA PÓLIZA?		
¿CON QUE OTRA COMPAÑÍA ESTABA ASEGURADO Y POR QUÉ SUMA ASEGURADA?		

III. BENEFICIARIOS

1) NOMBRE	EDAD	TELÉFONO
DIRECCIÓN:		
TIPO DE DOCUMENTO Y N°.	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	
2) NOMBRE	EDAD	TELÉFONO
DIRECCIÓN:		
TIPO DE DOCUMENTO Y N°.	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	
3) NOMBRE	EDAD	TELÉFONO
DIRECCIÓN:		
TIPO DE DOCUMENTO Y N°.	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	
DECLARO (AMOS) QUE ESTOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO (AMOS) A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS, PARA QUE INVESTIGUE LOS HECHOS MENCIONADOS. SI EXISTIESE FALSEDAZ EN LA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR ESTE RECLAMO.		
F.	F.	F.
1) BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL	2) BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL	3) BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE

4) DECLARACIÓN DE TESTIGO (Persona mayor de edad que conoció en vida al Asegurado)

HAGO CONSTAR QUE ESTE DOCUMENTO HA SIDO FIRMADO EN MI PRESENCIA POR LAS PERSONAS MENCIONADAS COMO BENEFICIARIOS Y DOY FE QUE TODAS LAS DECLARACIONES SON VERDADERAS.		
NOMBRE	TELÉFONO	F. TESTIGO
DIRECCIÓN		

IMPORTANTE

Las declaraciones a que se refiere este formulario deben hacerlas él o los Beneficiarios nombrados en la Póliza o sus Representantes Legales, a quienes recomendamos tratar directamente con el Contratante o sus Asesores de Seguros para obtener el pago.

INSTRUCCIONES

1. Las declaraciones contenidas al frente de este formulario deben ser hechas por el o los Beneficiarios nombrados en la Póliza.
2. Cuando el Beneficiario o los Beneficiarios sean menores de edad, el reclamo, deberá presentarlo el tutor legalmente nombrado.
3. Cuando los Beneficiarios menores de edad sean huérfanos de padre y madre, el reclamo deberá presentarlo el tutor legalmente nombrado.

Para solicitar el nombramiento de TUTOR deben presentarse al Juzgado de Familia respectivo con la partida de nacimiento del menor o menores y la de defunción de sus padres, pidiendo la designación de un Tutor. En caso de Tutor Testamentario, deberá presentar testimonio de la Escritura Pública del Testamento. El pago se hará cuando se obtenga el nombramiento de Tutor Definitivo otorgado por el Juez de Familia.

En caso necesario se podrá acudir a la Procuraduría General de la República, para que se designe un Agente Auxiliar que siga todas las diligencias.

4. Cuando el Beneficiario o uno de los Beneficiarios nombrados en la Póliza hubiere fallecido, deberá presentarse la partida de defunción de éste.
5. Las pruebas de fallecimiento del Asegurado comprenden los siguientes documentos:
 - a) La presente declaración (No. 1)
 - b) Una declaración (No. 2) del médico o médicos que asistieron al Asegurado en su última enfermedad
 - c) Certificación en original de la partida de nacimiento del Asegurado
 - d) Certificación en original de la Partida de defunción
 - e) Fotocopia del Documento Único de Identidad del fallecido
 - f) En caso de muerte violenta es imprescindible la inspección de la autoridad competente
 - g) Los demás documentos que la Compañía de Seguros requiera para completar las pruebas

LA COMPAÑÍA EFECTUARA EL PAGO DEL RECLAMO CUANDO LAS PRUEBAS DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE HAYAN COMPLETADO Y QUE ESTAS SEAN SUFICIENTES A SU JUICIO.

NOTA: Si usted tiene dificultades para obtener alguno de los documentos solicitados, hágalo de nuestro conocimiento a la mayor brevedad, y brindarle la orientación correspondiente.