

**Formulario de reclamación Seguro por Fallecimiento
y autorización para investigación de reclamo**



DCL No. 1

VIDA **ACCIDENTE**

Presentado por Sr. (a) _____

a Seguros Agromercantil, S.A., en relación con la póliza No. _____

Certificado No. _____

1, Nombres y apellidos del Asegurado: _____

2, Fecha de inicio de la enfermedad / accidente: Día _____ Mes _____ Año _____

3. Lugar y Fecha del fallecimiento: _____ Día _____ Mes _____ Año _____

3. ¿Fue el Asegurado hospitalizado para recibir tratamiento? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, favor proporcionar el nombre del Hospital o Clínica: _____

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta, por lo que autorizo a Seguros Agromercantil, S.A., para que investigue y obtenga información sobre el fallecimiento del Asegurado en cualquier institución pública o privada o ante las autoridades correspondientes.

Lugar y fecha: _____ de _____ de _____

Dirección: _____ Tel. _____

Firma del Beneficiario

Auténtica