

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.