



Declaración de Beneficiarios

F.dt.002

Poliza No.: _____ Vigencia: _____ Suma Asegurada _____

1. Nombre del Asegurado fallecido: _____
2. Dirección: _____
3. Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
4. Lugar y Fecha del Fallecimiento: _____
5. Causa del fallecimiento: _____
6. Lugar donde Falleció: _____
7. Tiene conocimiento si el asegurado fue hospitalizado para recibir tratamiento médico _____

8. Tiene Ud. algún parentesco con el fallecido: _____
9. Con que carácter reclama Ud. la indemnización: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre según DUI: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ No. DUI: _____ No. NIT: _____

Declaro que los datos que anteceden son verdaderos y acepto que una vez presentadas las pruebas legales del fallecimiento y si éstas son suficientes para **Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas**, se me indemnice de acuerdo al valor al que tengo derecho.

Fechado en _____ el _____ de _____ de _____

Nombre y Firma del Beneficiario _____

Importante: Las declaraciones deben hacerla él o los beneficiarios nombrados como tal por el Asegurado. Cuando el beneficiario o los beneficiarios sean menores de edad, deberá completar la declaración el Representante Legal y deberán presentarse partidas de nacimientos de los menores en original.