

Declaración del Reclamante

Estimado asegurado sirvase tomar nota que para evitar demoras innecesarias en el trámite de su reclamo es disponible la siguiente información (De preferencia completar el formulario a máquina ó con letra clara de molde).
(SIRVASE CONSTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS CON AMPLITUD)

1a. Nombre completo del asegurado-fallecido:	_____
2a. Residencia:	_____
3a. Ocupación:	_____
4a. Lugar y fecha de nacimiento. Deber- presentarse prueba satisfactoria que establezca la fecha de nacimiento.	Lugar _____ Año _____ Mes _____ Día _____
5a. Lugar y fecha de fallecimiento:	Lugar _____ Año _____ Mes _____ Día _____
6a. (a) Causa de la muerte. (b) fecha en que se presentaron los primeros indicios de decadencia en la salud.	(a) _____ _____ _____ (b) _____ _____ _____
(Adjuntese recortes de comentarios de la prensa)	
7a. Particulares de los seguros en otras Compañías sobre la vida del finado:	Compañía _____ Fecha de emisión _____ Cantidad _____ del seguro _____
8a. a) ¿Era Casado el asegurado? b) ¿Cuántas veces? c) Manifieste las fechas y particulares de cada matrimonio	(a) _____ (b) _____ (c) _____ _____ _____
9a. a) ¿Dejó testamento el asegurado? b) En caso afirmativo, diga si por disposición testamentaria se cambia en algún modo el nombramiento de beneficiario según póliza o el modo de efectuar el pago de la misma	(a) _____ (b) _____ _____ _____
10a. Nombre completo del Beneficiario	_____
11a. ¿Con que derecho o título reclama usted la suma debida bajo la póliza?	_____
12a. ¿Es usted legalmente mayor de edad?	_____

Por la presente se notifica a Seguros G&T, S.A., que ha muerto la persona cuya vida estaba asegurada bajo la _____ póliza _____ y convengo (convenimos) en que las manifestaciones escritas y las declaraciones juradas de los médicos que asistieron o trataron al finado, así como todos los demás documentos que exija Seguros G&T, S.A., constituirán y por la presente vienen a formar parte de estas pruebas de defunción. Además convengo (convenimos) en que seguros G&T, S.A. al facilitar éste o cualquier otro formulario, no cede ninguno de sus derechos o recursos legales, y en que podrá considerarse que Seguros G&T, S.A. al colaborar así admita que haya algún seguro en vigor sobre la vida en cuestión.

Nombre del Beneficiario: _____
No. Cédula (Orden, Registro, Lugar de extensión): _____ NIT: _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ E-mail: _____
Firma del Beneficiario: _____
Firmada en: _____ Hoy día _____ de _____ de _____

Auténtica Notarial al dorso