

DENUNCIA DE FALLECIMIENTO DE UN ASEGURADO**PRODUCTO**

| | |
|----------------------------------|--|
| PROTECCIÓN VIDA | |
| PROTECCION ACCIDENTES PERSONALES | |
| PROTECCIÓN SENIOR | |

DATOS DEL ASEGURADO

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| NOMBRES | | CEDULA IDENTIDAD |
| | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | OCUPACIÓN |
| | | |
| FECHA DE FALLECIMIENTO | LUGAR DE FALLECIMIENTO | CAUSA DE FALLECIMIENTO |
| | | |

DOCUMENTACION ENTREGADA

| | |
|----------------------|--|
| Fotocopia CI | |
| Estado de cuenta | |
| Partida de Defunción | |

DATOS DEL DENUNCIANTE**Nombres:** _____**Cédula Identidad:** _____ **Relación con fallecido:** _____**Domicilio:** _____**Teléfono/Cel:** _____**Email:** _____*Fecha:* _____*Firma Denunciante* _____**Sucursal**

| |
|--|
| |
|--|