

**DENUNCIA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DE UN ASEGURADO****PRODUCTO**

PROTECCIÓN VIDA	
PROTECCION ACCIDENTES PERSONALES	

**DATOS DEL ASEGURADO**

<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>		<b>CEDULA IDENTIDAD</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	<b>OCUPACIÓN</b>
<b>FECHA -DECLARACIÓN INVALIDEZ</b>	<b>LUGAR DE LA DECLARACIÓN</b>	<b>CAUSA DE LA INVALIDEZ</b>

**DOCUMENTACION ENTREGADA**

Fotocopia CI	
--------------	--

**DATOS DEL DENUNCIANTE**

**Nombres:** \_\_\_\_\_

**Cédula Identidad:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_

*Firma:* \_\_\_\_\_

<b>Sucursal</b>	
-----------------	--