



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA DESGRAVAMEN POR SALDOS
AVISO DE SINIESTRO**

Razón social: _____ Contratante: _____

Nombre del asegurado: _____

Número de cédula de identidad o pasaporte: _____

Número de teléfonos de contacto: _____

Causa del siniestro:

Código asignado (suscrito por la aseguradora) _____

Lugar : _____ Fecha de accidente: | dd | | mm | | aaaa |

EL CONTRATANTE - BENEFICIARIO

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.