



Fecha de diligenciamiento		
D	M	A

Tipo de documento	Número de documento	Fecha de nacimiento			Lugar de nacimiento
		D	M	A	
Nombres		Apellidos			
Dirección de residencia					
Ciudad	Departamento	Correo electrónico			
De ser necesario indique con exactitud las señales específicas. (Vereda, corregimiento, etc.)					
Teléfono celular (Número DaviPlata) Dato Obligatorio. Requerido para poder realizar el pago de la Indemnización					
Actividad económica					
<input type="radio"/> Desempleado <input type="radio"/> Asalariado <input type="radio"/> Independiente (Si escoge independiente por favor describir el tipo de actividad)					
Descripción:					
Marque "X" si su reclamo es por:					
<input type="radio"/> Indemnización por Fallecimiento del Asegurado <input type="radio"/> Indemnización por Gastos Funerarios Grupo Familiar					
Nombres y apellidos del Familiar Fallecido					
No. de documento del familiar fallecido			Parentesco		

"IMPORTANTE: Al reclamar por el fallecimiento de uno de mis padres,
Declaro que mi estado civil es soltero y no convivo en unión libre con ninguna persona"

Certifico que el número de DaviPlata que estoy informando se encuentra a mi nombre y que conozco
que en caso de pago de la indemnización el valor será depositado en este DaviPlata.

RECUERDE QUE DEBE ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:
y enviarlos al correo electrónico: indemnizacionesvida@segurosbolivar.com

POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO:

- Registro Civil de Defunción expedido por la Notaria donde se registró el Fallecimiento.
- Fotocopia de Cedula de Ciudadanía del Asegurado.
- Fotocopia de Cedula de Ciudadanía del Beneficiario.
- Formato debidamente diligenciado y firmado.

PARA GASTOS FUNERARIOS POR FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR:

- Registro Civil de Defunción del familiar expedido por la Notaria donde se registró el Fallecimiento.
- Fotocopia de Cedula de Ciudadanía.
- Documento legal que acredite parentesco.
- Formato debidamente diligenciado y firmado.

Debe diligenciar, imprimir, firmar y adjuntar este formato junto con los demás documentos requeridos al correo mencionado anteriormente.

Firma del Reclamante (Asegurado/Beneficiario)

