

Guatemala, _____

Señores
SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A.
Ciudad

Estimados señores:

En calidad de Beneficiario (a) de la Póliza de Seguro Colectivo de Vida abajo descrita, me permito hacer del conocimiento de SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A., el fallecimiento del Asegurado (a), para lo cual proporciono la información siguiente:

Póliza No.: _____ Certificado No.: _____

Nombre del Contratante: _____

Nombre del Asegurado: _____

Lugar del Fallecimiento: _____

Fecha del Fallecimiento: _____

y conforme al derecho que me asiste según las Condiciones Generales del Contrato, solicito el pago de la suma asegurada que me corresponde, descontado cualquier gravamen que eventualmente tuviere la póliza.

Como pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado (a) y de mi derecho de reclamante, adjunto a la presente los documentos indicados a continuación:

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Póliza Original | <input type="checkbox"/> | 5. Cédula de Vecindad del Asegurado y fotocopia autenticada | <input type="checkbox"/> |
| 2. Certificado Individual | <input type="checkbox"/> | 6. Certificación autenticada del último médico que asistió al asegurado (*) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Certificado de Defunción extendido por el Registro Civil | <input type="checkbox"/> | 7. Certificación autenticada de la Funeraria que prestó los servicios del sepelio | <input type="checkbox"/> |
| 4. Certificado de Nacimiento extendido por el Registro Civil | <input type="checkbox"/> | 8. Cédula de Vecindad del (de los) Beneficiario (s) y fotocopia autenticada | <input type="checkbox"/> |

(*) en su defecto: Certificación del médico forense; o Certificación del Centro Hospitalario donde se practicó la autopsia al (la) Asegurado (a).

En espera de sus noticias, me suscribo atentamente,

Nombre del Beneficiario (a) _____

No. de Cédula de Vecindad: _____

Domicilio: _____

Firma: _____

Autentica