

FORMATO DE RADICACION DE SINIESTROS CREDIFINANCIERA

Fecha de Recepción: DD _____ MM _____ AAAA _____ Requerimiento No. _____

Esta información se hace necesaria en el momento en que la Aseguradora lo requiera, para realizar contacto directo con el reclamante (beneficiario o titular) en dado caso en que se requiera documentación adicional o complementaria, por lo que agradecemos suministrar información veraz y escritura legible.

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL TITULAR (ASEGURADO)

1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____
 1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____
 Identificación _____ No. De Obligación _____

Tipo de Seguro	Tipo de Cobertura	Tipo de Amparo	
<input type="checkbox"/> Obligatorio	<input type="checkbox"/> Vida Deudor	<input type="checkbox"/> Muerte por Cualquier Causa	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente
<input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Accidentes Personales	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> Invalidez o Desmembración Accidental

Fecha del Siniestro: DD _____ MM _____ AAAA _____ Aseguradora _____

2. INFORMACION GENERAL BENEFICIARIOS

BENEFICIARIO 1

Nombres _____
 Apellidos _____
 Identificación N° _____
 Dirección Residencia _____
 Teléfono 1 _____
 Teléfono 2 _____
 Teléfono Celular _____
 Barrio _____
 Ciudad _____
 Correo Electrónico _____
 Parentesco _____

BENEFICIARIO 2

Nombres _____
 Apellidos _____
 Identificación N° _____
 Dirección Residencia _____
 Teléfono 1 _____
 Teléfono 2 _____
 Teléfono Celular _____
 Barrio _____
 Ciudad _____
 Correo Electrónico _____
 Parentesco _____

BENEFICIARIO 3

Nombres _____
 Apellidos _____
 Identificación N° _____
 Dirección Residencia _____
 Teléfono 1 _____
 Teléfono 2 _____
 Teléfono Celular _____
 Barrio _____
 Ciudad _____
 Correo Electrónico _____
 Parentesco _____

BENEFICIARIO 4

Nombres _____
 Apellidos _____
 Identificación N° _____
 Dirección Residencia _____
 Teléfono 1 _____
 Teléfono 2 _____
 Teléfono Celular _____
 Barrio _____
 Ciudad _____
 Correo Electrónico _____
 Parentesco _____

CAMPO EXCLUSIVO PARA PROTECCION GARANTIZADA

No. De Póliza _____ Valor Asegurado \$ _____

Fecha de Ingreso Póliza: DD _____ MM _____ AAAA _____ Fecha de Reporte: DD _____ MM _____ AAAA _____