

MAPFRE ATLAS COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.  
SEGURO DE VIDA COLECTIVA  
AVISO DE SINIESTRO

Causa de la reclamación:  Muerte  Invalidez

**SECCIÓN I – DATOS DE LA POLIZA:**

Nombre del Tomador:	
Tipo identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RUC Número: .....
Póliza No.:	

**SECCIÓN II – DATOS DEL ASEGURADO:**

Apellidos / Nombres:	
Tipo identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte Número: .....
Lugar y fecha de nacimiento:	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Dirección del domicilio:	..... Ciudad: .....
Correo electrónico: .....	Teléfono: ..... Celular: .....
Cargo actual: .....	Antigüedad en la empresa: ..... Antigüedad en la puesto: ..... mes/año mes/año

**SECCIÓN III – DATOS DEL BENEFICIARIO:**

Apellidos / Nombres:	
Tipo identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte Número: .....
Lugar y fecha de nacimiento:	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Dirección del domicilio:	..... Ciudad: .....
Correo electrónico: .....	Teléfono: ..... Celular: .....

**SECCIÓN III – DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO:**

**EN CASO DE MUERTE:**

¿Causa directa del fallecimiento?	<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente
Enfermedad y otra causa que dio origen a la que determinó la muerte (especifique el tiempo de evolución):	
Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad que produjo la muerte (especifique el tiempo de evolución):	
Lugar y fecha en que ocurrió el accidente:	
Breve descripción:	
El incidente fue consecuencia de efectos directos o indirectos por:	<input type="checkbox"/> Uso de bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Drogas o sustancias tóxicas <input type="checkbox"/> Por su ocupación <input type="checkbox"/> Otros: .....

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Contratante

