

**DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Póliza No.:	Vigencia:	Suma Asegurada:
-------------	-----------	-----------------

**DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO**

Nombre:

Dirección:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Lugar y Fecha del Fallecimiento:

Causa del fallecimiento:

Lugar donde Falleció:

¿Tiene conocimiento si el asegurado fue hospitalizado para recibir tratamiento médico? Sí  No

¿A dónde?

¿Cuál es su parentesco o relación con el fallecido?

¿Con qué carácter reclama Ud. la indemnización? Beneficiario  Representante Legal

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre según DUI:

Dirección:

Teléfono:	No. DUI:	No. NIT:
-----------	----------	----------

Correo electrónico:

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre según DUI:

Dirección:

Teléfono:	No. DUI:	No. NIT:
-----------	----------	----------

Correo electrónico:

Declaro que los datos que anteceden son verdaderos y acepto que una vez presentadas las pruebas legales del fallecimiento y si estas son suficientes para **Aseguradora ABANK, S.A., Seguros de Personas**, se me indemnice de acuerdo al valor al que tengo derecho. Eximo a **Aseguradora ABANK, S.A., Seguros de Personas** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella del Beneficiario/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma a Ruego (si aplica)

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

**Importante:** Las declaraciones deben hacerlas él o los beneficiarios nombrados como tal por el Asegurado. Cuando el beneficiario o los beneficiarios sean menores de edad, deberá completar la declaración el Representante Legal y deberán presentarse las partidas de nacimiento de los menores en original. **Aseguradora ABANK, S.A., Seguros de Personas**, podrá requerir documentación adicional de ser necesario.