

Fórmula de Reclamo Seguro Colectivo para Deudas Monto Original

Entidad Asegurada (Contratante)	:	
Número de póliza	:	

Características del Asegurado

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	No. Identificación
Monto asegurado	Cobertura reclamada		Fecha de siniestro

Características Operación de Crédito

SALDO (S) DE PRESTAMO (S) A CANCELAR <i>(al momento del siniestro)</i>				
No. de operación	Fecha de formalización del crédito	Fecha inclusión en el seguro	Monto Original	Saldo de la deuda
			¢	¢
			¢	¢
			¢	¢
			¢	¢
			¢	¢
			¢	¢

La entidad asegurada certifica que los datos anteriores, coinciden en su totalidad con los registros que posee en este particular y que no tiene ninguna información adicional que pueda alterar de alguna manera, la decisión sobre el análisis de este reclamo.

Firma y Sello
**Representante o
Funcionario Autorizado**
Entidad Asegurada