



## INFORME DE RECLAMACION DE SEGURO DE DEUDA

### PARTE I

RECLAMACION POR:

MUERTE

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CONTRATANTE / COOPERATIVA: \_\_\_\_\_

N° DE POLIZA: \_\_\_\_\_

VIGENCIA DE LA POLIZA: \_\_\_\_\_

MES DEL ULTIMO INFORME DE COBERTURA REPORTADO A SF: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ASEGURADO:

Nombre según DUI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección Exacta del Asegurado: (Calle, Barrio, Municipio, N° Casa, etc) \_\_\_\_\_

### Causa de Muerte o Incapacidad Total y Permanente (ITP):

Fecha de Fallecimiento: \_\_\_\_\_

Causa de Fallecimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de I T P: \_\_\_\_\_

Causa de ITC: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección exacta: \_\_\_\_\_

### PARTE II

#### PARA RECLAMACION DE PROTECCION DE PRESTAMOS

DESTINO	FECHA DE OTORGADO	MONTO ORIGINAL	PLAZO	FORMA DE PAGO	SALDO

### PARTE III

#### PARA RECLAMACION SOBRE AHORROS Y APORTACIONES DEL SOCIO EN LA COOPERATIVA

TIPO DE AHORRO	NOMBRE DEL TIPO DE AHORRO	FECHA DE APERTURA DE CUENTA	SALDO

FECHA (En la que se completa el formulario): \_\_\_\_\_

#### PARTE IV

Por el presente testificamos que según nuestro saber la información anterior es correcta y verídica.  
El pago de la suma reclamada en la parte II del presente, sujeta a las limitaciones del contrato de PP y PA de la Cooperativa nombrada mas adelante, revelará a SEGUROS FUTURO, A.C. DE R.L. de toda obligación bajo dicho resultante de muerte o incapacidad del socio.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA COOPERATIVA DE CREDITO

\_\_\_\_\_  
DIRECCION

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
ESTADO O PAIS

FIRMADO POR: \_\_\_\_\_  
PRESIDENTE O VICE-PRESIDENTE

FIRMADO POR: \_\_\_\_\_  
GERENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL GERENTE

se requieren las dos firmas y el sello de la cooperativa.

#### PARTE V

#### REQUISITOS QUE DEBERA ANEXAR A LA PRESENTE SOLICITUD

1. Informe de Reclamación de Seguro de Deuda		8. Partida de Nacimiento del asegurado, original y reciente no mayor a 6 meses	
2. Historial crediticio que reflejen todos los movimientos del credito (Firmado y Sellado)		9. Dictamen de Entidad competente, Centro Hospitalario, o Médico responsable, debidamente autorizados por la JVPM (Incapacidad Total y Permanente)	
3. Historiales de Aportaciones desde la fecha de la apertura (Firmado y Sellado)		10. Fotocopia de Solicitud de ingreso a la Cooperativa (completa)	
4. Historiales de Ahorros y/o depósitos a plazo desde la fecha de la apertura (Firmado y Sellado)		11. Historial Médico (En caso de muerte o Incapacidad por enfermedad)	
5. Copia del Certificado de Depósito a Plazo (revés y derecho)		12. Copia Certificada de Parte Policial, Informe Forense o de Fiscalía, o Autopsia (En caso de Muerte o Incapacidad Accidental o Violenta)	
6. Fotocopia de DUI VIGENTE del asegurado		13. Fotocopia del DUI VIGENTE de Beneficiarios, y Partidas de Nacimiento de menores de edad, no mayor a 6 meses, si algun beneficiario estuviere fallecido debe presentar partida de defuncion original y reciente	
7. Acta de Defunción Original y reciente* (hasta 6 meses de antigüedad a la emisión)		14. Declaracion de salud	

#### NOTA:

\*Otros que requiera la Aseguradora; Seguros Futuro podrá solicitar documentación adicional para completar el análisis del siniestro, realizándolo por medio escrito y por el canal de comunicación establecido; según lo dispuesto en el Art.1375 y Art. 1376 del Código de Comercio.

#### OBSERVACIONES

Para hacer efectivo cualquier reclamo deberá cumplirse con todos estos requisitos; asimismo, la Cooperativa ESTAR AL DIA en la presentación de los Listados de Cartera asegurada y en el pago de las primas respectivas.