



**PLAN DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA DEPOSITANTES EN CUENTAS
DE AHORRO Y BENEFICIOS ADICIONALES**

FORMULARIO DE RECLAMO

Póliza No. NO COLOCAR NADA Sinistro No. NO COLOCAR NADA

Contratante: COOPERATIVA GUADALUPANA, R. L.

Nombre del Asegurado: CONFORME AL DPI

Dirección: DONDE ACTUALMENTE VIVE Tel. NÚMEROS LOCALIZABLES

Día y hora de la ocurrencia del siniestro: CONFORME AL CERTIFICADO MEDICO

Lugar donde ocurrió el siniestro: LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE Y/O EL HOSPITAL

Descripción de la causa que propició la hospitalización: CONFORME A LA
CONSTANCIA MÉDICA

Hospital en el que fue atendido: NOMBRE COMPLETO DEL HOSPITAL

Nombre del médico que lo atendió: NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO

Día y hora del ingreso al hospital: CONFORME AL CERTIFICADO MEDICO

Día y hora del egreso o alta del hospital: CONFORME AL CERTIFICADO MEDICO

Días efectivos de hospitalización: CONTAR LOS DIAS DE HOSPITALIZACIÓN

Lesiones sufridas: CONFORME AL CERTIFICADO MEDICO

Tratamiento médico proporcionado: CONFORME AL CERTIFICADO MEDICO

OBSERVACIONES:

AMPLIAR MÁS INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y / O
ACCIDENTE

Lugar y fecha: LUGAR Y FECHA EN LA QUE SE LLENE EL PRESENTE FORMULARIO

CONFORME AL DPI
FIRMA DEL ASEGURADO

NO COLOCAR NADA
Firma y sello del Contratante