

## FORMULARIO PARA INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SEGURO COLECTIVO DE VIDA COLECTIVO "MASIVO"

D	ATOS DEL ASEGUR	ADO			
Co	ontratante				
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	Segundo nombre
Domicilio				Ocupación	
D	ATOS SOBRE INVA	LIDEZ			
1.	Lugar donde ocu	rrió (direcci	ón)		
2.	Fecha y hora del	siniestro			
3.	. Origen de la invalidez		Enfermedad 🗖	Accidente □	
4.					
5.	Mencione los nor	mbre de los	médicos y hospitales que	le atendieron	
6.	Con que otra Compañía tiene este tipo de seguro				
7.	Si la invalidez fue a causa de enfermedad, indicar diagnóstico				
8.	Desde cuándo pa	adece la enf	ermedad		
PE		investigue I	os hechos mencionados. I	-	CRÉDITO VIDA, S.A. SEGURO DE ligada a pagar este reclamo si
			Asegurado o Repr	esentante Legal	