



**LATINA SEGUROS C.A.**  
**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**  
**AVISO DE SINIESTRO**  
**DEFUNCIÓN**

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Fallecido)**

Nombres	:				
Actividad	:				
Cedula de Identidad	:		Fecha de Nacimiento	:	
Dirección	:				
Ciudad	:		Provincia	:	
APS	:				

**INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO QUE NOTIFICA EL SINIESTRO (Estudiante)**

Nombres	:				
Cedula de Identidad	:		Relación con el Asegurado	:	
Dirección	:				
Teléfono	:		Celular	:	
Ciudad	:		Provincia	:	

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO**

Póliza	:		Endoso	:	
Fecha	:		Hora	:	
Causa	:				
Lugar	:				
Ciudad	:		Provincia	:	

1. ¿En caso de haberse producido el fallecimiento por un accidente, favor detalle el evento incluyendo lugar y fecha?

---

---

---

2. ¿En el momento del fallecimiento, el Asegurado estaba recibiendo atención médica en algún centro médico, hospital o clínica? SI  NO
- En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

---

---

3. ¿Intervino alguna autoridad? SI  NO   
En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

---

---

---

4. ¿Tenía el Asegurado seguros de vida en otra compañía? SI  NO   
En caso de ser afirmativa su respuesta especificar nombre y monto del seguro

---

---

---

Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía todo la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 40278, el 28 de Diciembre de 2015.