



## AVISO DE RECLAMACIÓN PÓLIZA DE VIDA

NÚMERO DE PÓLIZA POR EL CUAL RECLAMA:

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO

CIUDAD DE RESIDENCIA

FECHA DE FALLECIMIENTO

CAUSA DEL FALLECIMIENTO

LUGAR DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

NOMBRES Y DIRECCIONES DE TODOS LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

NOMBRE	DIRECCION	FECHA	RAZÓN

(\*) En caso de requerir más espacio, registre la información en la parte de atrás de este formulario

NOMBRES Y LUGARES DE TODOS LOS HOSPITALES O INSTITUCIONES DONDE EL ASEGURADO FUE TRATADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

HOSPITAL O INSTITUCIÓN	CIUDAD	FECHA

(\*) En caso de requerir más espacio, registre la información en la parte de atrás de este formulario

NOMBRE DEL RECLAMANTE (EN LETRA DE MOLDE)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SU DIRECCIÓN Y CIUDAD  
(COMPLETA)

CORREO ELECTRÓNICO

NO. DE TELÉFONO

¿EN QUE CALIDAD PRESENTA EL AVISO DE RECLAMO? EJEMPLO, BENEFICIARIO, ALBACEA O APODERADO



¿TIENE ALGÚN PARENTESCO CON EL ASEGURADO? \_\_\_\_\_

A CONTINUACIÓN, REGISTRE LOS DOCUMENTOS QUE ADJUNTA A ESTE AVISO DE RECLAMACIÓN:

TIPO DE DOCUMENTO	SI	NO
Original o copia autenticada del Registro Civil de defunción		
Original o copia autenticada del Certificado de Fiscalía (muerte violenta o accidental)		
Fotocopia de la Historia Clínica para casos de muerte natural o por enfermedad		
Fotocopia del documento de identidad del asegurado		
Registro Civil de Nacimiento (hijos, padres o hermanos)		
Registro civil de matrimonio con notas marginales (cónyuge)		
Declaración de unión marital de hecho en vida de los compañeros mediante conciliación, notaria o sentencia judicial (compañeros permanentes)		

FIRMADA EN \_\_\_\_\_ EL DIA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RECLAMANTE

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.  
[www.bmicos.com/Colombia](http://www.bmicos.com/Colombia)  
PBX (601) 5187700  
contactenos@bmicos.com