

Plan de Protección Familiar

Informe de Reclamación

PO Box 3856
Guaynabo PR 00970-3856
Tel. (787) 272-4455/787-690-6330



CMFG Life Insurance Company

Número de Cuenta del Socio: _____

Llene detalladamente las Partes I, II y III de este informe y **envíelo con el Certificado de Defunción con Causa de Muerte.**

PARTE I

Nombre del Fallecido _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Fecha de Nacimiento del Fallecido (mes-día-año) _____ Edad del Fallecido _____ Fecha de Fallecimiento (mes-día-año) _____ Parentesco entre el Fallecido y el Socio Titular del Certificado _____

Ocupación del Fallecido: _____

Causa de la Muerte: _____ ¿Fue la muerte accidental? Si No

Nombre del Socio Titular del Certificado _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

_____ Cedro Roble Caoba

Número del Certificado del Titular _____

PARTE II

Fecha de Vigencia del Plan: _____ Cantidad reclamada de acuerdo a cobertura del Plan: _____
(mes-día-año)

PARTE III

Nombre Completo de la Cooperativa de Ahorro y Crédito _____ Número de la Póliza _____

Dirección Postal _____ Calle y Número _____ Ciudad _____ País _____

Número de Teléfono _____ Horario de la Coop. de AyC _____ Firma (puede ser digital o impresa) _____ Título del Firmante _____
(Sr., Sra., Srta.)

Escriba el nombre en letra de molde.

Certifico por la presente que la información arriba indicada es verdadera y exacta, **la prima ha sido pagada**, y cualesquiera hechos no revelados con anterioridad se explican a continuación bajo OBSERVACIONES. La oficina que administre este plan se exonera por la presente de toda responsabilidad con respecto a los pagos desembolsados en nombre de la persona asegurada cuyo nombre se indica arriba.

OBSERVACIONES
