

Llene en su totalidad las Partes I y II de este informe de reclamación y envíelo junto con el **Certificado de Defunción con Causa de Muerte; Solicitud de Ingreso del Socio a la Cooperativa o la Pantalla del Sistema Operativo e históricos de la cuenta de depósitos del socio por los últimos doce meses consecutivos.**

**PARTE I**

Número de Cuenta del Socio: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del Socio Fallecido: Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Socio Fallecido (mes-día-año) \_\_\_\_\_ Edad del Socio al \_\_\_\_\_

Fecha de Fallecimiento del Socio (mes-día-año) \_\_\_\_\_ inscribirse al Seguro

Ocupación del Socio Fallecido al momento del deceso. (ej. Bombero, Secretaria, Retirado, Militar, etc.) \_\_\_\_\_

¿Ha pertenecido este Socio a la Cooperativa de Ahorro y Crédito por doce (12) meses consecutivos? Si No

Fecha en que este Socio ingresó a la Cooperativa de Ahorro y Crédito (mes-día-año) \_\_\_\_\_

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

**PARTE II**

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 Cooperativa \_\_\_\_\_ Firma (firma puede ser digital o impresa) \_\_\_\_\_ Título del Firmante \_\_\_\_\_

(Sr., Sra., Srta.) \_\_\_\_\_

Escriba el nombre en letra de molde de la persona contacto arriba firmante

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**

---

---

---