

INSTRUCCIONES - Llene todas las secciones del presente formulario y envíarlo junto con los documentos requeridos.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL SOCIO				
Número de Contrato		Apellidos del socio: Nombre(s) de Pila		Número de Seguro Social
Fecha de Fallecimiento	Fecha de Nacimiento	Fecha de ingreso del socio fallecido a la cooperativa		¿Se debe el fallecimiento a un accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Funciones normales de empleo (ocupación del socio fallecido, sino aplica especifique de donde recibe ingreso. Ej: Seguro Social)				Número de cuenta del socio
Motivo de discontinuación de su ocupación normal <input type="checkbox"/> Jubilación normal <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Jubilación por incapacidad <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Otro				

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DE LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO				
Nombre completo de la cooperativa de ahorro y crédito			Fecha en que llenaron formulario:	
Dirección física de la cooperativa de ahorro y crédito		Municipio	Estado	Código Postal
Número de teléfono y ext. de persona contacto de la Cooperativa Ext.		Horario de la cooperativa	Nombre de persona contacto de la Cooperativa	

SECCIÓN 3 – RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA DE AHORRO			
Cuenta de Acciones en la Cooperativa de Ahorro y Crédito		FECHA	CANTIDAD
	Balance de acciones en la fecha del fallecimiento		
	Total de Acciones Reclamadas		

COMENTARIOS ADICIONALES	

Nota: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar una sociedad de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga datos falsos, incompletos o engañosos, es culpable de un delito y, en algunos estados, está sujeto a castigos penales o civiles, o es culpable de un delito mayor.

Toda información suministrada en este formulario, incluyendo el balance reclamado formaran parte de un proceso de evaluación donde el personal de reclamaciones de CMFG Life Insurance Company aplicará los términos y condiciones de la Póliza contratada.

Por este medio certifico que la susodicha información es cierta y correcta, que se ha abonado la prima y que los hechos no se encuentren explicados arriba, se explican en este lado bajo "Comentarios adicionales". Por este medio, se le libera a CMFG Life Insurance Company con respecto de pagos hechos en nombre del socio nombrado arriba.

Firma y cargo del representante de la Cooperativa (firma puede ser digital o impresa)	Escriba el nombre del firmante en letra de molde
X	