



FORMULARIO DE RECEPCION DE DOCUMENTOS - SINIESTRO

BANCO DE LA NACION

Fecha:

Oficina:

Señores:
La Positiva Vida
Referencia: Atención de Siniestros Vida

DATOS DEL DECLARANTE:

Form fields for declarant: Nombres y Apellidos, Dirección, Distrito, Correo electrónico, Teléfono fijo, DNI, Provincia, Celular.

DATOS DEL ASEGURADO:

Form fields for insured: Nombres y Apellidos, Fecha de Ocurrencia del Siniestro, DNI.

DATOS DE LA POLIZA:

Form fields for policy: Contratante, Póliza (COMPRAS - 5705750, MEJORAS - 5705747).

¿Está de acuerdo que se le notifique cualquier tipo de comunicación al Whatsapp del número especificado en la solicitud?

Marque SI [] NO []

En caso la respuesta sea afirmativa, será notificado desde el siguiente y único Nro telefónico: 989-138-339

SINIESTRO

Marque la cobertura que solicita:

Table with 5 columns: Coverage type, Muerte Natural, Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Invalidez Total y Permanente por Enfermedad. Rows include Certificado Defunción Hoja Completa, Acta de Defunción, Atestado Policial, etc.

Otros: _____

Nota: En caso que la empresa requiera aclaraciones, precisiones o documentos adicionales, La Positiva Vida las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días de recibida la documentación completa mencionada en la póliza, lo que suspenderá dicho plazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente

* Declaro bajo juramento que toda la información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas, exactas y se encuentran actualizadas.
* La información correspondiente a domicilio, teléfono y correo electrónico de los beneficiarios debe ser llenada de forma obligatoria. El declarante autoriza a la Positiva Vida para que todas las comunicaciones necesarias para la evaluación, calificación y liquidación del Siniestro sean remitidas por cualquiera de los medios consignados en este documento.

FIRMA DEL DECLARANTE