

FOTO  
(Aplica para  
radicación en SIS)

## FORMATO DE RECLAMACIÓN



Para ser diligenciado por la agencia

AGENCIA:			POLIZA/CERTIFICADO:			SINIESTRO/ RAMO:	
VIGENCIA DE LA POLIZA						CONDICIONES PARTICULARES	
INICIO			TERMINA			SI	NO
DIA:	MES:	AÑO:	DIA:	MES:	AÑO:		

### INFORMACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO:			CC. TI. NIT / OTRO:				
FECHA DE NACIMIENTO:			EDAD:		SEXO:		
DIA:	MES:	AÑO:			F	M	
OCUPACION:							

### INFORMACION DEL TOMADOR

NOMBRE DEL TOMADOR:			CC. TI. NIT / OTRO:				
DIRECCION:			TELEFONO:		CIUDAD:		

### INFORMACION DEL SINIESTRO

CAUSA:				FECHA DEL EVENTO:			
				DIA:	MES:	AÑO:	
VALOR RECLAMADO:							
AMPARO AFECTADO:							
ENTIDAD QUE ATENDIÓ EL EVENTO:							

### INFORMACION DEL RECLAMANTE

NOMBRE:		DIRECCION:		CIUDAD		TELEFONO FIJO	
CORREO ELECTRONICO:				TEL. CELULAR:			

### OBSERVACIONES

#### FIRMAS

Autorizo a la Aseguradora, para que la indemnización sea girada a la cuenta que se indica a continuación  
El titular de esta cuenta debe ser del Beneficiario/ Reclamante

Cuenta Número: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Cuenta: Ahorro  Corriente   
 Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Manifiesto no presentar reclamación por otros seguros que cubran el mismo evento y que con la aceptación y recibo de la precitada indemnización, exonero de toda responsabilidad a Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa por lo cual los declaro a paz y salvo por todo concepto.

**Nota:** El pago de la indemnización queda sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos en las condiciones generales y particulares de la póliza, a la acreditación de la ocurrencia del siniestro, la cuantía de la pérdida y a la normatividad que regula el contrato de seguros.

#### FIRMAS

\_\_\_\_\_  
 Firma Beneficiario / Reclamante  
 C.C.

HUELLA

En constancia de lo anterior, se firma el presente documento a los \_\_\_\_\_  
 ( ) días, del mes de \_\_\_\_\_ del año ( ).