



PO Box 3856 Guaynabo, PR 00970-3856 Teléfono: 787.272.4455

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: (mes-día-año) Cantidad reclamada de acuerdo a cobertura del Plan: \_\_\_\_\_

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 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

Multiple horizontal lines for writing observations.