

## Declaración de fallecimiento, invalidez o pérdidas orgánicas No. 2

### Para pólizas de Seguro Grupo y Colectivo

Póliza No.			Certificado No.						
<b>Datos del contratante</b>									
Razón Social o Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) del contratante			Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) del asegurado						
Fecha de ingreso a la empresa o colectividad	día	mes	año	Fecha de ingreso al grupo o colectividad asegurada	día	mes	año	Ocupación al ingresar al grupo o colectividad asegurada	
Ultima ocupación / profesión	Ultimo sueldo mensual		Fecha en que dejó de trabajar		día	mes	año	Causa por la que dejó de trabajar	
	\$								
<b>Indicar incrementos que tuvo el asegurado durante el último año, para efectos de calcular Suma Asegurada, cuando ésta haya sido contratada en base a sueldo</b>									
Sueldo anterior	Fecha de incremento	día	mes	año	Porcentaje de incremento	Observaciones			
\$									
Nombre y cargo de la persona que firma como contratante									
<b>Nota:</b> Para efectos del pago de la suma asegurada remitir copia del recibo de pago del sueldo o copia de la nómina									
_____					_____				
Lugar y fecha					Firma del contratante				