



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

**HOJA DE RECLAMO DE SEGUROS
SOBRE AHORRO Y PRESTAMO**

Por: Muerte Incapacidad Total y Permanente Desmembramiento

No. de Póliza _____
Vigencia: Desde ____/____/____ Hasta ____/____/____
Nombre de la Cooperativa: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

I. INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

Nombre: _____
Ocupación: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Dirección de Residencia: _____
Teléfono: _____
Nombre y Dirección del Patrono: _____
Teléfono: _____
Causa de la Muerte/Incapacidad/Desmembramiento: _____
Fecha del Evento: _____ Fecha en que dejó de laborar: _____

II. PARA RECLAMOS DE PROTECCION DE AHORRO

Ahorros del asociado en la Cooperativa a la fecha de su muerte. L. _____
Señalar los depósitos hechos por el asociado cuando él no era elegible por razones físicas, etc.
a) L. ____/____/____ Monto _____ b) L. ____/____/____ Monto _____ c) L. ____/____/____ Monto _____
Fecha Fecha Fecha

III. PARA RECLAMOS DE PROTECCIÓN DE PRÉSTAMOS

Préstamos pendientes concedidos al asociado
1. L. _____ el ____/____/____
2. L. _____ el ____/____/____
3. L. _____ el ____/____/____

Condiciones:

Cuota	Período (Semana, mes, etc.)	Tasa de Interés	Fecha de Vencimiento primer pago	Destino del Préstamo
1.L. _____	_____	____%	____/____/____	_____
2.L. _____	_____	____%	____/____/____	_____
3.L. _____	_____	____%	____/____/____	_____

Saldo de Préstamos pendiente L. _____

¿Estaba el asociado en el momento de obtener el préstamo, físicamente capacitado para realizar o reanudar en término prudencial, sus deberes usuales a su subsistencia? Sí No

- Si la contestación es afirmativa, pero el socio no estaba trabajando, explique al dorso.
- Si los préstamos fueron mayores de L.100,000.00 remita carta de asegurabilidad.

¿Existen hechos no revelados en este reclamo, de los cuales debe tener conocimiento Equidad, Compañía de Seguros S.A.? Sí No

Si la contestación es afirmativa, favor de explicar en carta aparte.

.....
El pago de la suma reclamada, sujeta a las condiciones del Contrato de Seguro identificado anteriormente, exonera a Equidad, Compañía de Seguros S.A., de todas las obligaciones incluidas bajo dicho contrato que resultaren de la muerte o incapacidad total del deudor especificado.

Asimismo, autorizó a Equidad Compañía de Seguros, S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la Póliza de la cual forma parte el presente documento.

Firma y Sello