



Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Breve descripción de los hechos (por favor especifique donde trabajaba y las circunstancias en que fue cesado/a)

Documentación a presentar (marque con una cruz lo que corresponda):

Cedula de identidad

Constancia Baja de BPS

Recibo de sueldo

Certificado de defunción

Otros.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_