

“SOLICITUD DE PAGO DEL SEGURO DE VIDA”

Ciudad y fecha _____

Señores

Compañía Aseguradora Solidaria de Colombia

Gerente de Indemnizaciones

Bogotá D.C.

_____, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____, expedida en _____, en calidad de beneficiario (a), del seguro de vida del extinto Grado _____ Nombre _____, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía No. _____ Q.E.P.D., comedidamente me permito solicitarles, se inicien los trámites administrativos para el reconocimiento y pago del seguro de vida que corresponda, de acuerdo al porcentaje que me haya sido otorgado, en el formato de designación de beneficiarios diligenciado por el asegurado.

Para cualquier información adicional, me encuentro ubicado(a) en:

Ciudad _____
Dirección _____
Teléfono fijo _____
Teléfono Celular _____
Email _____

Atentamente,

Firma _____
C.C. _____ de _____

Anexo:

- Fotocopia de mi cédula de ciudadanía
- Certificación bancaria
- Registro Civil de Defunción