

ANEXO 1 - FORMULARIO SOLICITUD DE VALORES - SEGUROS

Ciudad y Fecha

Señor
Director de Administración de Operaciones
BIESS
Presente.-

Yo, _____, con número de cédula _____, por medio de la presente solicito a ustedes la devolución de los valores cobrados posterior a la fecha de siniestro, una vez que la aseguradora realizó el pago de la indemnización por seguro de:

- | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vida - Desgravamen | <input type="checkbox"/> Fallecimiento |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad Catastrófica |
| | <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente |
| <input type="checkbox"/> Incendio | |
| <input type="checkbox"/> Todo Riesgo Construcción | |

Atentamente,

Firma
Nombre y Apellido
Cédula
Teléfono
Correo electrónico