

1. Datos Generales del Asegurado

Nombre Completo: _____

Si fuera una señora casada, haga constar los dos apellidos de soltera: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otros: _____

Dirección residencial al morir: _____

Ocupación del Asegurado en la fecha de su fallecimiento: _____ Última fecha de trabajo: _____

Fecha de nacimiento del Asegurado: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Lugar de nacimiento: _____

¿Cómo fue obtenida esta fecha? Partida de nacimiento Otra fuente Explicar: _____

Fecha de la muerte del Asegurado: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Lugar de la muerte: _____

Causa de la muerte: _____

2. Póliza que originan esta reclamación

Cuando cualquier póliza ha (1) estado en vigor menos de dos años, o (2) ha sido rehabilitada dentro de los dos años de la fecha de fallecimiento, se deberá presentar una declaración completa de los médicos que nombran en la siguiente sección.

| Póliza Número | Monto del Seguro |
|---------------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nombre y dirección de los médicos que asistieron al difunto su última enfermedad y durante los últimos tres (3) años

| Nombre | Dirección | Fecha de asistencia | Enfermedad |
|--------|-----------|---------------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Fecha inicial en que el asegurado consultó al médico por su última enfermedad: _____

¿En que otras compañías y por qué cantidades estaba asegurada la vida del difunto? _____

| Compañía Aseguradora | Número de Póliza | Fecha de la Póliza | Monto del Seguro |
|----------------------|------------------|--------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nombre completo del reclamante: _____ Parentesco con el difunto: _____

Correo electrónico: _____ DPI/CUI No.: _____ Edad: _____

¿A título de qué reclama usted este seguro? _____ Nacionalidad: _____

Además de la información ya proporcionada, estoy adjuntando los siguientes documentos:

SI NO

- a) Partida de nacimiento del asegurado
- b) Partida de defunción del asegurado
- c) DPI/CUI
- d) Declaración del médico que atendió al asegurado, o certificación del médico forense
- e) Declaración de la funeraria que presentó sus servicios
- f) Otros (detallar)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Hago constar que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender. Convengo. en suministrar declaraciones de los médicos que asistieron o trataron al fallecido así como los demás documentos que exija la Compañía por ser pertinentes a esta reclamación, y convengo también que tales declaraciones o documentos deberán por este medio constituir y formar parte integrante de las pruebas de muerte. Al suministrar esta forma e investigar el reclamo, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de cualquier reclamo ni a renunciar a sus derechos por la infracción de cualquiera de las condiciones de la póliza.

Firma del Reclamante

Suscrito Ante Mi en la ciudad _____ a los _____ días del mes de _____
de de dos mil _____ por _____ persona de mi anterior conocimiento quien se identifica con DPI/CUI y quien
_____ nuevamente firma ante el Notario quien Da Fe.

La siguiente sección, deberá ser llenado únicamente en los casos de pólizas colectivas. Suministrada por el Contratante

Nombre del empleado: _____ Póliza No.: _____ Certificado No.: _____

Fecha de empleo: _____ Ocupación del asegurado: _____

Fecha en que trabajó por última vez las horas completas con pago completo: _____

Ultimo salario devengado: _____ Fecha de fallecimiento: _____

Lugar de fallecimiento: _____ Causa de fallecimiento: _____

| Nombre del Beneficiario | Parentesco | Edad | Monto del Seguro |
|-------------------------|------------|------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¿Fue causado el fallecimiento por un accidente de trabajo? SI NO

¿Recomienda usted que se pague esta reclamación? _____

Observaciones: _____

Nombre del Contratante: _____ Fecha: _____

Nombre del Representante: _____

Firma y Sello: _____

"Declaro que en cumplimiento de los artículos 13 y 14 de la Ley Para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008, autorizo a la Compañía de Seguros consultar información referente a reclamos sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor, así como información sobre datos personales, bienes y relaciones con terceros, en base a los artículos 1, 2, 9 numeral 1 y 64 de la Ley del Acceso a la Información Pública, Decreto 57- 2008 autorización que permanecerá mientras subsista cualquier acto pendiente relacionado en forma directa o indirecta con la relación contractual con las partes existentes.