

Nombre completo del Asegurado: _____ Edad: _____

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

Casado Soltero Divorciado Viudo

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
-----------------------------------	-----	-----	-----	---------------------

Fecha de nacimiento del asegurado	Día	Mes	Año	Lugar de Nacimiento
-----------------------------------	-----	-----	-----	---------------------

Causa de la Muerte:

PÓLIZAS QUE ORIGINAN ESTA RECLAMACIÓN

Póliza Número	Monto del Seguro

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.

Nombre y dirección de los médicos que asistieron al difunto durante su última enfermedad y durante los últimos tres (2) años

Nombre	Dirección	Fecha de Asistencia	Enfermedad

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

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

Compañía aseguradora	Número de póliza	Fecha de la póliza	Monto Seguro

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

Correo Electrónico: _____ Dirección residencial: _____

Edad: _____ ¿A título de qué reclama usted este seguro? _____ DPI/CUI No.: _____

Nacionalidad: _____

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, trataron al fallecido así como los de más 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 en 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

La siguiente sección, deberá ser llenada únicamente en los casos de pólizas colectivas

SUMINISTRADA POR EL CONTRATANTE

1. Nombre del empleado: _____
2. Póliza No. _____ Certificado No. _____
3. Fecha de empleo: _____ 4. Ocupación del asegurado: _____
5. Fecha en que trabajó por última vez las horas completas con pago completo: _____
6. Ultimo salario devengado: _____ 7. Fecha de fallecimiento: _____
8. Lugar de fallecimiento: _____
9. Causa del fallecimiento: _____
- 10.

Nombre del beneficiario	Parentesco	Edad	Monto del seguro

11. ¿Fue causado el fallecimiento por un accidente de trabajo? SI NO
13. ¿Recomienda usted que se pague esta reclamación? _____

Observaciones: _____

Fecha: _____ Nombre del Contratante: _____

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 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, 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.