

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

Lugar y fecha de defunción del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de consulta al médico por primera vez con motivo de su última enfermedad: \_\_\_\_\_

Fecha de consulta al médico por última vez con motivo de su última enfermedad: \_\_\_\_\_

Fecha de los primeros síntomas de la enfermedad que causó la muerte: \_\_\_\_\_

Número de Certificado: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE A LA PRESENTE DECLARACIÓN:**

- a) Certificado de defunción del asegurado extendido por El Registro Nacional de las Personas RENAP
- b) Fotocopia del Documento Personal de Identificación -DPI- del beneficiario

**Si la causa del fallecimiento fue accidental o por agresión deberán acompañar los siguientes documentos:**

- Informe del Ministerio Público y/o Informe de la policía e Informe del Cuerpo de Bomberos.
- Dictamen pericial de Necropsia
- Dictamen pericial de Toxicología

Si el nombre del asegurado o el beneficiario no aparece igual en todos los documentos, se deberá presentar una certificación de identificación de persona extendido por El Registro Nacional de las Personas –RENAP-

Todos los documentos pueden ser presentados en forma digital o física

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional que considere necesaria.**

**DEPARTAMENTO DE RECLAMOS**

Correo electrónico para el envío de documentos: [reclamospersonasgt@assanet.com](mailto:reclamospersonasgt@assanet.com)

7av. 12-23 zona 9 edificio ETISA, Tercer nivel, Ala Norte

Teléfono para consultas y seguimientos: 2285-5946