



FORMULARIO DE RECLAMACION POR FALLECIMIENTO DE ASEGURADO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Declaración 1/3

DECLARACION DEL BENEFICIARIO

Nombre del fallecido _____

1.- Lugar y fecha de nacimiento del asegurado _____

2.- Lugar y fecha de la muerte _____

3.- Empleo que desempeñaba a la fecha de la muerte _____

4.- Lugar de Residencia _____

5.- Causa de la muerte _____

a) Si fue enfermedad indicar tiempo de duración de la enfermedad _____

b) Nombre y dirección del médico y/o la Institución de Salud, Hospital y/o Consultorio médico en donde fue atendido

c) Si fue accidental indicar fecha del accidente _____

d) Donde y como ocurrió el accidente _____

e) Si recibió atención médica por el accidente, indicar nombre y dirección del médico y/o la Institución de Salud, Hospital y/o Consultorio médico en donde fue atendido

6.- Es usted beneficiario en el certificado de seguro Si _____ No _____

De su nombre _____

De su parentesco con el asegurado _____

De su fecha de nacimiento _____

De su dirección _____

Firma del Beneficiario _____ Fecha _____

DECLARACION DEL PATRONO

Por este medio se da aviso de la muerte de _____

Del domicilio de _____

Empleado de esta compañía, y asegurado bajo certificado N° _____

De la Póliza de Vida Colectivo N° _____ por la cantidad de (\$ _____)

Por este medio garantizamos que dicho seguro se encontraba vigente en la fecha de su muerte, y dicho Empleado estuvo en la empresa y en nuestra nomina ininterrumpidamente hasta la fecha de su muerte. Y a nuestro saber y entender el reclamante ha firmado personalmente esta hoja, que es el beneficiario nombrado en el certificado.

Fecha _____ Firma y sello patronal _____



DECLARACION QUE DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO QUE ATENDIO AL ASEGURADO.

Declaración 2/3

Para contestar las preguntas de la presente declaración deberán observarse las siguientes Recomendaciones.

- 1.- En caso de muerte por causas externas, rogamos dar amplios detalles.
- 2.- Si el Fallecimiento fue consecuencia de homicidio o suicidio, deberá especificar los medios Empleados, y las lesiones más importantes.
- 3.- En los casos que haya habido tratamiento quirúrgico, indicar el diagnóstico, la operación efectuada, el resultado de la misma, justificando la realización de dicha operación.
- 4.- Si el fallecimiento ocurrió a consecuencia de Cáncer o Neoplasma, describir el tipo e indicar la parte primaria afectada.
- 5.- Si el fallecimiento se debió a cualquier otra causa, indíquese la naturaleza de la misma.

Nota: Los honorarios correspondientes a esta declaración, si los hubiere serán por cuenta de los beneficiarios, La Compañía de Seguros no hará ningún pago para tal concepto.

Nombre y apellido del fallecido _____

Edad _____ años

Domicilio _____

Ocupación cuando Falleció _____

Lugar de fallecimiento _____ fecha y hora _____

Si el fallecimiento ocurrió en una Institución de Salud, Hospital y/o Consultorio Médico, anotar el nombre _____

Cuando fue consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento _____

Cuando realizo la última visita _____

En que enfermedades, afecciones, operaciones, etc., lo asistió usted o fue consultado antes del Padecimiento que motivo el fallecimiento _____

Que tiempo hace que conoció usted al fallecido _____

Enfermedad	Fecha	Duración del Tratamiento	Gravedad	Secuelas

Nombre completo de Medico

Firma

Sello



INFORMACION DE UNA TERCERA PERSONA QUE DE REFERENCIAS SOBRE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Declaración 3/3

- 1.- Nombre del fallecido: _____
- 2.- Nombre del informante o conocido del fallecido: _____
- 3.- Cuanto tiempo estima usted que duro el padecimiento que le causó la muerte _____
- 4.- Existieron otros factores que contribuyeron a causar la muerte _____
- 5.- Sabe usted si el fallecido tuvo el habito de las bebidas alcohólicas o de narcóticos _____
- 6.- Hubo alguna investigación oficial de la causa de la muerte, o autopsia _____
- 7.- Que otros médicos atendieron al fallecido en su última enfermedad y/o padecimiento _____
- 8.- Otros comentarios _____

Las declaraciones anteriores son verdaderas y hechas por mi buena fe, y hago constar que no tengo Interés directo ni indirecto en el pago del seguro.

Fecha _____ de _____ de _____

Nombre completo del informante
No. D.U.I. _____
Extendido el _____

Firma

Anexar a este formulario Fotocopia del DUI y NIT.