

FORMULARIO DE RECLAMACION POR MUERTE

Este formulario debe ser ejecutado por el médico asistente y por el patrono al fallecer un empleado asegurado, y debe ser enviado a la Compañía Aseguradora. En caso de no haber asistencia médica, debe entonces suministrarse una copia certificada de la partida oficial de defunción. Por suministrar este formulario en blanco e investigar la reclamación, la Compañía no quedará obligada a reconocer la validez de ninguna reclamación ni a hacer exención de ninguna condición de la póliza.

SECCION QUE DEBE EJECUTAR EL MEDICO ASISTENTE

1. Nombre completo del fallecido _____ Edad _____

2. Fecha del fallecimiento _____ Lugar del fallecimiento _____
MES / DIA / AÑO

3. Se debió la causa del fallecimiento a: Enfermedad Suicidio Homicidio Accidente

a) Si es por enfermedad, dé la fecha en que comenzó _____
MES / DIA / AÑO

b) Si es por homicidio, suicidio o accidente describa brevemente _____

Fecha: _____ Firma del Médico _____
MES / DIA / AÑO

Nombre del Médico _____

Dirección _____

SECCION QUE DEBE EJECUTAR EL CONTRATANTE

1. Nombre del Fallecido _____ Póliza No. _____ Cert. No. _____

2. Dirección _____ Fecha de nacimiento _____
MES / DIA / AÑO

3. Fecha de empleo _____
MES / DIA / AÑO

4. Fecha que trabajó por última vez las horas completas con pago completo _____
MES / DIA / AÑO

5. Fecha en que terminó el empleo _____
MES / DIA / AÑO

6. Fecha de fallecimiento _____ Lugar del fallecimiento _____
MES / DIA / AÑO

7. Causa del fallecimiento _____

8. Nombre de beneficiario _____ Parentesco _____ Edad _____ Cantidad _____

9. Dirección de beneficiario _____

10. Fue causado el fallecimiento por un accidente de trabajo? SI _____ NO

11. Recomienda usted que se pague esta reclamación? SI _____ NO

Observaciones _____

12. A este formulario debe adjuntársele lo siguiente:
a) Carta enviada por el patrono, notificando la muerte del empleado asegurado.
b) Certificado de defunción.
c) Certificado de Seguro de Vida del asegurado fallecido.
d) Copia de la Cédula de Identidad Personal o copia de la partida de nacimiento.

Firma responsable _____

Fecha _____ Nombre _____
MES / DIA / AÑO