

Nombre completo del Asegurado: _____

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

Casado Soltero Divorciado Viudo Edad: _____

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: _____

PÓLIZAS QUE ORIGINAN ESTA RECLAMACIÓN

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

Quando 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 (3) años

| NOMBRE | DIRECCIÓN | FECHA 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 SEGURO |
|----------------------|------------------|--------------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nombre completo del reclamante: _____

Parentesco con el difunto: _____ Dirección residencial: _____

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Partida de Defunción del Asegurado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) DPI/CUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Declaración del médico que atendió al Asegurado, o Certificación del Médico Forense | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Declaración de la funeraria que presentó sus servicios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Otros (Detallar) | | |
| 1) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 de _____ a los _____
días del mes 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 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: _____
- 5.a Ultimo salario devengado: _____ 6. Fecha de fallecimiento: _____
7. Lugar de fallecimiento: _____
8. Causa del fallecimiento: _____

| 9. | Nombre del Beneficiario | Parentesco | Edad | Monto del Seguro |
|----|-------------------------|------------|------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

10. ¿Fue causado el fallecimiento por un accidente de trabajo? SI NO
11. ¿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 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.