



SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA

FORMULARIO DE RECLAMACION POR MUERTE

Este formulario debe ser llenado 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 ____ de ____ del ____ Lugar del fallecimiento _____
Día Mes Año

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

a) Si es por enfermedad, de la fecha en que comenzó ____ de ____ del ____
Día Mes Año

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

Fecha ____ de ____ de ____ Firma del médico _____
Día Mes Año

Dirección _____ Nombre del médico _____

SECCION QUE DEBE EJECUTAR EL PATRONO

1.- Nombre del empleado _____ Póliza No. _____ Certificado No. _____

2.- Dirección _____ Fecha de nacimiento ____ de ____ de ____
Día Mes Año

3.- Fecha de empleo ____ de ____ de ____
Día Mes Año

4.- Fecha que trabajó por última vez las horas completas con pago completo

5.- Fecha en que terminó el empleo ____ de ____ de ____
Día Mes Año

6.- Fecha de fallecimiento ____ de ____ de ____ Lugar del fallecimiento _____
Día Mes Año

7.- Causa del fallecimiento _____

8.-	Nombre del beneficiario	Parentesco	Edad	Cantidad

9.- Dirección del beneficiario _____

10. Fue causado el fallecimiento por un accidente de trabajo? _____

11.- Recomienda usted que se pague esta reclamación? _____ 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 ____ de ____ de ____ del ____
Día Mes Año

Nombre _____