

RECLAMACIÓN POR FALLECIMIENTO

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del Contratante _____ Sucursal _____ Póliza No. _____

DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO

Las siguientes informaciones deben ser completadas por el contratante o beneficiario de la persona asegurada fallecida.

Nombres _____ Apellidos _____

Cédula/Pasaporte _____ Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Sexo: F M

Dirección (calle y número) _____ Sector _____ Ciudad _____

Teléfono residencial _____ Celular _____ Correo electrónico _____

Fecha de ingreso: Día _____ Mes _____ Año _____ Fecha último día de trabajo: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha del fallecimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Causa de la muerte: Enfermedad Accidente Suicidio Homicidio Otra: _____

El fallecimiento se debió a un accidente de trabajo? En caso afirmativo explique el motivo. Sí No _____

BENEFICIARIOS

Nombre(s)	Fecha de nacimiento			Parentesco	Suma asegurada
	Día	Mes	Año		

LAS SIGUIENTES INFORMACIONES DEBEN SER COMPLETADAS POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del médico _____ Cédula / Pasaporte _____

Especialidad _____ Exequatur No. _____ Teléfono _____

Nombre del centro médico _____ RNC _____

¿En qué fecha se manifestó el primer síntoma según la historia clínica? Día: _____ Mes: _____ Año: _____

¿El paciente había sido notificado del padecimiento? Sí No Si es afirmativo, indicar fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

En caso de accidente, homicidio o suicidio describa brevemente el hecho _____

Indique si el paciente fallecido padecía de alguna otra condición de salud que estuviera o no relacionada con la causa de la muerte Sí No

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE LA PREGUNTA ANTERIOR, ESPECIFIQUE

Diagnóstico	Tratamiento o intervención	Fecha del diagnóstico			Nombre del médico y/o hospital	Teléfono
		Día	Mes	Año		

Reconozco que toda la información provista es verdadera y válida, quedando entendido que cualquier declaración o información falsa o inexacta provocará la invalidación de la indemnización al o los beneficiarios.

Nombre del Contratante

Firma y Sello del Médico

Fecha