

## RECLAMACIÓN POR FALLECIMIENTO

RNC 1-02-01717-4

### 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