

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR MUERTE SEGURO DE VIDA COLECTIVO – SALDO DE DEUDA



| INFORMACIÓN GENERAL DEL FALLECIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|-------------|---------------|----------------|------------|-----------|-------------|---------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1.- Primer Nombre: | Segundo Nombre: | Apellidos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.- Dirección Exacta de Residencia del Fallecido: | | Ocupación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.- Lugar de Nacimiento: | Fecha de Nacimiento | Día | Mes | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.- Lugar del Fallecimiento: | Fecha de Muerte | Día | Mes | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.- Causa de la Muerte: Enfermedad <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.- Si la causa de la Muerte es por Enfermedad, indique el diagnóstico y la fecha en que se presentaron por primera vez los síntomas. En caso que la causa de Muerte sea por Homicidio, Suicidio o Accidente describa brevemente lo ocurrido: _____ _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.- Indique el nombre y dirección de todos los médicos que asistieron al fallecido y de todos los hospitales o instituciones en donde lo trataron en los últimos dos años: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nombre</th> <th style="width: 40%;">Dirección</th> <th style="width: 30%;">Teléfono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | | | | Nombre | Dirección | Teléfono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | Dirección | Teléfono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha en que el asegurado consultó al Médico para la última enfermedad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.- Pólizas que originan la Reclamación en esta compañía (Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">No. Póliza</th> <th style="width: 15%;">Ramo</th> <th style="width: 30%;">Contratante</th> <th style="width: 15%;">F.Vencimiento</th> <th style="width: 25%;">Suma Asegurada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | | | | No. Póliza | Ramo | Contratante | F.Vencimiento | Suma Asegurada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. Póliza | Ramo | Contratante | F.Vencimiento | Suma Asegurada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Por este medio DECLARO que la información antes proporcionada es veraz y puede ser verificada con la documentación adjunta. Presentado en la Ciudad de Tegucigalpa M. D. C. el día _____ de _____ del año _____.

(Nombre y Firma del Reclamante)

(No. de Identidad)

(Dirección Exacta y Teléfono)

(Parentesco con el Fallecido)

Documentación Inicial Requerida para la Reclamación:

- Acta de Defunción Original.
- Fotocopia de Tarjeta de Identidad del Fallecido.
- Constancia Original firmada y sellada por el Director de la Institución, especificando Diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de muerte; en caso que haya sido atendido en un hospital o clínica al momento del fallecimiento.
- En caso de muerte accidental, homicidio o suicidio, presentar certificación de la autopsia original y certificación extendida por la Autoridad Competente (DGIC, Ministerio Público o Dirección de Tránsito, etc.)
- Estados de Cuenta del Préstamo a la fecha del fallecimiento, sellado y firmado por el Gerente de Agencia.
- Fotocopia de Tarjeta de Identidad del Reclamante.