



Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo conteste todas las preguntas detalladamente.

### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

No. de póliza: \_\_\_\_\_ Tiene otras pólizas: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Qué compañías: \_\_\_\_\_

SUMAS ASEGURADAS

BÁSICO: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_ BIM: \_\_\_\_\_ SEFA: \_\_\_\_\_

### 2. IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de DPI: \_\_\_\_\_ Extendido en: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ mts: \_\_\_\_\_ cms. \_\_\_\_\_ peso: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Última dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Última dirección de trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

### 3. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de DPI: \_\_\_\_\_ Extendido en: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Parentesco con el asegurado: \_\_\_\_\_

Si es acreedor monto de lo adeudado: \_\_\_\_\_ Docto. que lo ampara: \_\_\_\_\_

Si es menor de edad: \_\_\_\_\_ Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Docto. que acredita la representación: \_\_\_\_\_

### 4. IDENTIFICACIÓN DEL SINIESTRO

Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Describe las circunstancias que ocasionaron la muerte: \_\_\_\_\_

Testigos que presenciaron el hecho: \_\_\_\_\_

Dirección y tel.: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que certifica la muerte: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que hizo la autopsia: \_\_\_\_\_

Participaron los bomberos: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Intervino la policía: \_\_\_\_\_

Juzgado donde se tramita el caso: \_\_\_\_\_ No. de identificación: \_\_\_\_\_

Causa de la muerte: \_\_\_\_\_

**SI LA CAUSA DIRECTA DEL FALLECIMIENTO ES UNA ENFERMEDAD**

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

Tratamiento médico que llevaba: \_\_\_\_\_

Fecha en que fue diagnosticada la enfermedad: \_\_\_\_\_

Fecha de consulta al médico por primera vez con motivo de su última enfermedad: \_\_\_\_\_

Fecha de consulta al médico por última vez con motivo de su enfermedad: \_\_\_\_\_

**5. DOCUMENTOS QUE ADJUNTO**

- A. Póliza.
- B. Certificación de la partida de nacimiento del asegurado.
- C. Certificación de la partida de defunción del asegurado.
- D. DPI del asegurado.
- E. Declaración del médico que atendió al asegurado, **legalizada por notario público.**
- F. Declaración de la funeraria que prestó los servicios para la inhumación del cadáver, **legalizada por notario público.**
- G. DPI o partida de nacimiento del beneficiario.
- H. Informe de bomberos, parte policíaco.
- I. Partidas de nacimiento de menor de edad.
- J. Otros documentos.

SÍ	NO

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Este espacio es para la auténtica o legalización por notario público.

**NOTA: Toda la papelería debe presentarse en original o fotocopia autenticada.**

