



DECLARACION DEL RECLAMANTE

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

1. IDENTIFICACION DE LA POLIZA

Nombre del Asegurado: _____

No. de Póliza: _____ Tiene otras Pólizas: Si _____ No _____ Qué compañías _____

SUMAS ASEGURADAS

BASICO: _____ D.I. _____ BIM: _____ SEFA: _____

2. IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

Nombre completo: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Cédula No. de Orden: _____ Registro No.: _____ Extendida en: _____

Estado Civil: _____ Nombre del Cónyuge: _____

Estatura: _____ Mts.: _____ Cms. Peso: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Ultima dirección de Residencia: _____

Ultima dirección de Trabajo: _____

Ocupación: _____

3. IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

Nombre completo: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Cédula No. de Orden: _____ Registro No.: _____ Extendida 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. IDENTIFICACION 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: Si _____ No _____ Cuáles? _____

Intervino la Policía: _____

Juzgado donde se tramita el caso: _____ No. 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 fué 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. Cédula de vecindad 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. Cédula de vecindad o partida de nacimiento del beneficiario.
- H. Informe de Bomberos, parte policíaco.
- I. Partidas de Nacimiento de Menor de Edad.
- J. Otros documentos.

SI	NO

Fecha: _____ Firma: _____

Este espacio es para la Auténtica o Legalización por Notario Público