

## DECLARACION DEL RECLAMANTE

**Importante:** Antes de efectuar esta declaración, léanse las instrucciones en el reverso de la hoja.

Nombre completo del asegurado				<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Otro
				<input type="checkbox"/> Soltero	_____
Residencia			Lugar de la Muerte		
FECHA DE LA MUERTE	MES	DIA	AÑO	Fuente de Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
				<input type="checkbox"/> Partida de Bautizo	
FECHA DE NACIMIENTO	MES	DIA	AÑO	<input type="checkbox"/> Registro Civil	Parentesco del Reclamante con el Asegurado
Ocupación del asegurado				Ultima Fecha de Trabajo	

### POLIZAS QUE ORIGINAN ESTA RECLAMACION

POLIZA NUMERO	IMPORTE	POLIZA NUMERO	IMPORTE	POLIZA NUMERO	IMPORTE

Cuando cualquier póliza ha (1) estado en vigor menos de dos años, o (2) se ha rehabilitado dentro de los dos años de la fecha de fallecimiento, o (3) hay posibilidad de que la muerte se debió a causas accidentales, se deberá presentar una Declaración completa ejecutada por cada uno de los médicos citados en la Sección A.

**A** Dese el nombre y la dirección de todos los médicos que asistieron al fallecido y de todos los hospitales o instituciones en donde fue tratado en los últimos cinco años

NOMBRE	DIRECCION	FECHA DE ASISTENCIA	ENFERMEDAD O ESTADO
Causa de la Muerte	Fecha en que el asegurado consultó al Médico para la última enfermedad.		Nombre del Patrono

Reconozco que este formulario así como cualesquier otros que me hayan sido proporcionados por la Compañía, fueron suministrados a petición mía, y acepto la advertencia del hecho de que el haberme otorgado tales formularios no constituye reconocimiento de: (1) que existe seguro en vigor, (2) que se me deba pagar producto alguno si el seguro está en vigor, ni, (3) renuncia a defensa o derecho alguno de la Compañía en cualquier reclamación que pueda presentarse. Hago constar que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender. Convengo en suministrar declaraciones de los médicos que asistieron o trataron al fallecido así como los demás documentos que exija la Compañía por ser pertinentes a esta reclamación, y convengo también en que tales declaraciones o documentos deberán por este medio constituir y formar parte integrante de las pruebas de muerte.

Testigo	FIRMA DEL RECLAMANTE	EDAD
FECHA	DIRECCION	
	LOCALIDAD	TELEFONO

**B** Para todos los médicos, hospitales, clínicas, dispensarios, sanatorios, farmacéuticos y otras agencias: Quedan ustedes autorizados para permitirle al portador, representante de la Compañía de Seguros Panamericana, S.A., que obtenga datos o lea un ejemplar de todos sus archivos respecto al tratamiento, antecedentes y recetas de:

\_\_\_\_\_ mi \_\_\_\_\_ quien murió  
(NOMBRE DEL FALLECIDO) (PARENTESCO)  
por \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_  
(FECHA)

Una copia fotostática de esta autorización será considerada tan legal y válida como un original.

FECHA	TESTIGO	FIRMA DEL RECLAMANTE
-------	---------	----------------------

### **INSTRUCCIONES**

La declaración del reclamante debe ejecutarla la persona (s) a quien se le debe pagar el seguro. Si hay más de un beneficiario todos pueden unirse en la declaración del reclamante, pero se desea, a cada uno se le puede suministrar un formulario en blanco.

Cuando una póliza haya estado en vigor menos de dos años o cuando una reclamación de presente de acuerdo con el beneficio de muerte por causa accidental, la Compañía de Seguros Panamericana, S.A. pedirá al beneficiario o beneficiarios, o a los representantes de éstos que den su autorización a los correspondientes médicos, clínicas, hospitales, etc. a fin de que dicha Compañía pueda exigir todos los datos que juzgue pertinentes a las enfermedades que el asegurado fallecido haya sufrido o le hayan tratado.

Cuando una póliza sea pagadera a los representantes legales del asegurado, la declaración debe ejecutarla el albacea o administrador legal. Cuando una póliza sea pagadera a un menor de edad, la declaración debe ejecutarla el cónyuge sobreviviente o tutor.

Cuando una póliza haya sido cedida, la Declaración del Reclamante debe ejecutarla el cesionario, y la copia original de la cesión debe serle entregada a la Compañía junto con la póliza al efectuarse el pago de la reclamación.

La Declaración del Médico debe ejecutarla el médico que asistió al fallecido durante su última enfermedad y firmaría él mismo de su puño y letra. Si más de un médico tomó parte en dicha asistencia la declaración de cada uno debe ser suministrada por separado en formularios adicionales, siempre que así lo exija la Compañía. Cada pregunta debe ser contestada en forma clara y completa. La Compañía se reserva el derecho de exigir mayores datos en caso de que lo juzgue necesario.