

## RECLAMACIÓN POR MUERTE

Este formulario debe ser ejecutado por el médico asistente y por el patrono al fallecer un empleado asegurado, y debe ser enviado a esta compañía. En caso de no haber asistencia médica, debe entonces presentarse una copia certificada de la partida oficial de defunción. Por suministrarse este formulario en blanco e investigar la reclamación, la Compañía no quedará obligada a reconocer la validez de ninguna reclamación a hacer exención de ninguna condición de la póliza.

### SECCIÓN QUE DEBE EJECUTAR EL MÉDICO ASISTENTE

1.  Nombre completo del fallecido \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

2.  Fecha del fallecimiento \_\_\_\_\_ Lugar del fallecimiento \_\_\_\_\_

3.  Se debió la causa del fallecimiento a:  Enfermedad  Suicidio  Homicidio  Accidente

A)  Si es por enfermedad, descríbala y dé la fecha en que comenzó \_\_\_\_\_

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

B)  Si es por homicidio, suicidio o accidente describa brevemente \_\_\_\_\_

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

Firma del Médico \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Sello de Colegiado \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN QUE DEBE EJECUTAR EL PATRONO

1.  Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_ Cert. No. \_\_\_\_\_

2.  Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO

3.  Fecha de empleo \_\_\_\_\_

4.  Fecha que trabajó por última vez las horas completas con pago completo \_\_\_\_\_

5.  Fecha en que terminó el empleo \_\_\_\_\_

6.  Fecha de fallecimiento \_\_\_\_\_ Lugar del Fallecimiento \_\_\_\_\_

7.  Causa del fallecimiento \_\_\_\_\_

8.  Nombre de beneficiario (s) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

9.  Dirección de beneficiario (s) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

10.  Fue causado el fallecimiento por un accidente de trabajo? \_\_\_\_\_

11.  Recomienda usted que se pague esta reclamación? \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Firma responsable \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

SELLO EMPRESA ASEGURADA