

Reclamación por Muerte Seguro Colectivo de Vida

Sección a ser Completada por el Médico Asistente

Apellidos _____ Nombres _____

Fecha del fallecimiento / / / Lugar _____
Día Mes Año

Edad al morir _____ Causa de la muerte: Enfermedad Accidente Suicidio Homicidio Otra _____

En caso de enfermedad indique: _____ Fecha en que comenzó / / /
Diagnóstico Día Mes Año

En caso de homicidio, suicidio o accidente, describa brevemente el mismo: _____

Fecha / / / _____ Nombre del médico _____ Firma _____
Día Mes Año

Dirección _____

Sección a ser Completada por el Patrono

Apellidos del empleado _____ Nombres _____

Póliza No. _____ Certificado No. _____ Fecha de nacimiento / / / Fecha de empleo / / /
Día Mes Año Día Mes Año

Dirección _____ Calle/número _____ Apartamento/edificio _____

_____ Sector/Ciudad _____ Teléfono _____

Fecha de la última vez que trabajó las horas completas con pago completo / / / Fecha que terminó el empleo / / /
Día Mes Año Día Mes Año

Fecha del fallecimiento / / / Lugar _____
Día Mes Año

Causa de la muerte: Enfermedad Accidente Suicidio Homicidio Otra _____

Fue causado el fallecimiento por un accidente de trabajo Sí No En caso afirmativo explique el mismo _____

Beneficiarios

Nombres	Parentesco	Edad	Cantidad (%)

Certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender. Convengo en suministrar todos los documentos que exija la Compañía por ser pertinentes a esta reclamación, y convengo también en que tales declaraciones o documentos formarán parte integrante de las pruebas de muerte. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, dispensario, sanatorio a proporcionar a MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S.A. o a su representante las informaciones y/o documentos requeridos por esta, respecto al tratamiento, antecedentes y recetas suministradas al difunto.

Fecha / / / _____ Nombre del Patrono _____ Firma _____
Día Mes Año

_____ Testigo _____ Cédula _____