

FORMULARIO DE RECLAMACION

VIDA

ACCIDENTE

Presentado por Sr.(a) _____

A Seguros Agromercantil, S.A., en relación con la póliza No. _____

Certificado No. _____

1. Nombres y apellidos del Asegurado: _____

2. Fecha de inicio de la enfermedad/accidente: Día _____ Mes _____ Año _____

3. Lugar y Fecha del fallecimiento: _____, Día _____ Mes _____ Año _____

4. ¿Fue el Asegurado hospitalizado para recibir tratamiento? Si No
Si su respuesta es afirmativa, favor proporcionar el nombre del Hospital o Clínica: _____

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta, por lo que autorizó a Seguros Agromercantil, S.A., para que investigue y obtenga información sobre el fallecimiento del Asegurado, en cualquier institución pública o privada o ante las autoridades correspondientes.

Lugar y fecha: _____, _____ de _____ de _____

Dirección: _____ Tel. _____

Firma del Beneficiario

AUTÉNTICA

INDICACIONES

- 1°. Las declaraciones contenidas al frente de este formulario deben ser hechas por el o los beneficiarios nombrados en la póliza.
- 2°. Cuando el beneficiario o los beneficiarios sean menores de edad, el reclamo deberá ser presentado por el representante legal. En este caso deben presentarse las certificaciones de las partidas de nacimiento de los menores.
- 3°. Cuando los beneficiarios menores de edad sean huérfanos de padres y madres el reclamo deberá presentarlo el tutor legalmente nombrado.
- 4°. Cuando el Beneficiario o uno de los Beneficiarios nombrados en el certificado hubiere fallecido, deberá presentarse la certificación de la partida de defunción.
- 5°. Los documentos necesarios a presentar para el trámite del reclamo son los siguientes:
 - a) Certificado original.
 - b) Completar formulario de reclamación y autenticarlo.
 - c) Presentar declaración del (los) médico (s) que atendió (eron) al asegurado en su última enfermedad y autenticarlo.
 - d) Declaración autenticada de testigo, persona mayor de edad que conoció al asegurado en vida y da fe de su fallecimiento.
 - e) Certificación de la partida de nacimiento del asegurado extendida por el Registro Civil.
 - f) Certificación de la partida de defunción extendida por el Registro Civil.
 - g) Certificación autenticada de la funeraria que prestó los servicios del sepelio.
 - h) Cédula de vecindad del (los) Asegurado y beneficiario (s) y fotocopia autenticada.

EN LA MEDIDA EN QUE PRESENTE OPORTUNAMENTE TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, ASI SERA LA RESPUESTA EN EL PAGO DE LA INDEMNIZACION.

DECLARACION DEL MEDICO

1. Nombres y apellidos del fallecido: _____
2. Edad: _____ años, Domicilio: _____ Tel. _____
3. Lugar del fallecimiento: País: _____ Ciudad: _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora: _____ a.m. p.m.
4. Si la muerte ocurrió en un Hospital ó Clínica, indicar el nombre: _____
5. ¿Desde cuando conoció al fallecido? : _____
6. Fecha de primera consulta: Día _____ Mes _____ Año _____.
 Fecha de última consulta: Día _____ Mes _____ Año _____.
7. ¿En qué enfermedades, afecciones, operaciones, etc., lo asistió o fue consultado antes del padecimiento que motivó la muerte? (Especificar a continuación)

ENFERMEDAD	FECHA	DURACION DEL TRATAMIENTO	GRAVEDAD	SECUELAS

8. ¿Cuál fue la causa principal de la muerte? _____

9. ¿Cuánto tiempo estima que duró el padecimiento que causó la muerte? _____
10. ¿Existieron otros factores que contribuyeron a causar la muerte? (Especificar) _____

11. ¿Conoce si el fallecido tenía el hábito de ingerir bebidas alcohólicas u otro tipo de drogas? (Especificar) _____

Lugar y fecha: _____, _____ de _____ de _____.

Nombre completo del médico

Firma

Sello

DECLARACION DEL TESTIGO

RELACIONADAS CON EL FALLECIMIENTO DE: Sr. (a): _____
Asegurado en "Seguros Agromercantil, S.A."

1. Nombres y apellidos del fallecido : _____
2. ¿En qué fecha falleció? Día _____ Mes _____ Año _____
3. ¿A qué causa se debió la muerte del asegurado? _____
4. ¿Cuánto tiempo estima que duró la enfermedad? _____
5. ¿Qué médico(s) le brindaron atención?
Nombre _____ Tel. _____
Nombre _____ Tel. _____
6. ¿Le consta que el cadáver corresponde al asegurado? Si No
Por qué: _____
7. ¿En qué cementerio se realizó el sepelio? _____

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Hago constar que no tengo interés directo ó indirecto en el pago de la indemnización.

Lugar y fecha: _____, _____ de _____ de _____

Nombre del testigo: _____

Dirección: _____ Tel. _____

Firma del testigo

Número de Cédula