

RECLAMACIÓN POR MUERTE

Este formulario debe ser llenado 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 _____