

SEGUROS AMERICA

DECLARACION DE LA (S) PERSONAS (S) QUE TIENE (N) DERECHO A RECLAMAR EL PAGO DEL SEGURO.

Por este medio ponemos en conocimiento que _____

Ha fallecido. Que dicho (a) señor (a) era la misma persona cuya vida estaba asegurada con SEGUROS AMERICA, bajo

la póliza N° _____ con vigencia desde _____ hasta _____

Por la suma de _____ y que todas las primas sobre dicha póliza han sido pagadas. En consecuencia solicito (amos) la liquidación de la suma asegurada, de acuerdo con las estipulaciones del contrato de seguro y bajo la información contenida en las preguntas y repuestas que siguen:

- Nombre completo de la persona fallecida _____
- Domicilio (dirección) de (el) (la) fallecido (a) al momento de su muerte _____
- Ocupación de (él) (la) fallecido (a) a la fecha en que se aseguró. _____
- Al fallecer que ocupación (o cargo) desempeñaba él (la) asegurado (a) _____
- Lugar y fecha de nacimiento del asegurado _____
- ¿De donde fue sacada la fecha anterior? _____
- Lugar (hospital o ciudad) y fecha de su muerte: _____
- ¿cuál fue la causa de su muerte? _____
- Cuanto tiempo duró su enfermedad _____
- Cuando se presentaron los primeros indicios de decadencia de su salud: _____
- Manifiéstense todos los hechos con respecto a la causa y circunstancias de la muerte del asegurado (a) _____
- En que Centro de Salud, Hospital, Clínica Particular, etc. era atendido el asegurado o pasaba consulta: _____
- El (la) asegurado (a) era empleado (a) activo (a) al momento de fallecer o estaba jubilado (a) por el INSS (si estaba jubilado (a) diga el tipo de jubilación _____
- Desde cuando trabajaba para la empresa el extinto (a): _____
- ¿Era soltero (a) _____ Tenía compañera (o) _____ Nombre: _____
- ¿ Cuantos hijos legítimos o ilegítimos procreo el asegurado? Dígase sus nombres completos _____

- ¿ Con qué carácter, título o derecho reclama (n) el seguro y cuales son las pruebas de su carácter, título o _____
derecho _____
- Tenía el fallecido (a) alguna otra póliza sobre su vida? Si las tenía, mencione el nombre de la (s)
compañías de seguros, sus sumas aseguradas y vigencia de la (s) póliza (s) _____
- Para cualquier aclaración o información adicional ¿ a quien podemos dirigirnos? Favor indicar nombre completo,
dirección exacta y teléfono. _____

Por el presente declaro (amos) que las anteriores repuestas son ciertas y exactas. En fé de lo cual firmo (amos), en la ciudad de _____
a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma del reclamante

Nombre del reclamante

Testigo

Dirección

Firma del reclamante

Nombre del reclamante

Testigo

Dirección

Si el seguro es colectivo, la fe de firma la debe hacer un representante del contratante;

Las firmas que anteceden y dicen _____ son autenticas y fueron puestas de su puño
y letra, ante mí por _____

El suscrito delegado del contratante, declara que las anteriores repuestas son ciertas hasta donde nos consta y sabemos.

Firma y sello del contratante, nombre y
Cargo O firma del funcionario que
Autentique las firmas.