



SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA

FORMULARIO DE RECLAMACION POR MUERTE

Este formulario debe ser llenado por el médico asistente y por el empleador al fallecer un empleado asegurado, y debe ser enviado a Pan-América Life Ins. Co. En caso de no haberse ofrecido atención médica, debe entonces remitirse una copia certificada de la partida oficial de defunción. Al proporcionar este formulario en blanco e investigar la reclamación, Pan-América Life Ins. Co. no quedará obligada a reconocer la validez de ninguna reclamación ni a hacer exención de ninguna condición de la póliza.

SECCION QUE DEBE COMPLETAR EL MEDICO ASISTENTE

1.- Nombre completo del fallecido _____ Edad _____

2.- Fecha del fallecimiento _____ Lugar del fallecimiento _____
Día Mes Año

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

a) Si es por enfermedad, indique la fecha en que comenzó _____
Día Mes Año

b) Si es por homicidio, suicidio o accidente describa brevemente _____

Fecha _____ Nombre del médico _____
Día Mes Año

Dirección _____

Teléfonos _____ Firma del médico _____

SECCION QUE DEBE COMPLETAR EL EMPLEADOR

1.- Nombre del empleado _____ Póliza No. _____ Certificado No. _____

2.- Dirección _____ Fecha de nacimiento _____
Día Mes Año

3.- Fecha de empleo _____
Día Mes Año

4.- Fecha que trabajó por última vez (horas completas con pago completo) _____
Día Mes Año

5.- Fecha en que terminó el empleo _____
Día Mes Año

6.- Fecha de fallecimiento _____ Lugar del fallecimiento _____
Día Mes Año

7.- Causa del fallecimiento _____

8.- Beneficiarios

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre	Edad	Parentesco	Porcentaje

9.- Dirección y teléfono de/los beneficiario/s _____

10. Fue causado el fallecimiento por un accidente de trabajo? SI NO

11.- Recomienda usted que se pague esta reclamación? SI NO

Observaciones _____

12.- A este formulario debe adjuntársele lo siguiente:

a) Carta enviada por el empleador, notificando la muerte del empleado asegurado *uda*

b) Certificado de defunción.

c) Certificado de Seguro de Vida del asegurado fallecido.

d) Copia de la Cédula de identidad personal o copia de la partida de nacimiento.

Firma responsable *[Signature]* _____
 Nombre **Vicky Robalino**

Fecha _____
Día Mes Año