

Nombre del reclamante: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Ciudad: _____

1 Nombre del contratante de la póliza: _____
 2 N° de póliza: _____
 3 Nombre y apellidos del difunto: _____
 4 Ocupación: _____
 5 Lugar y Fecha de fallecimiento: _____
 6 ¿Cuál fue la causa precisa de la muerte? _____

(Conteste a las siguientes preguntas sólo en caso de muerte natural)

7 ¿Cuánto tiempo conoció Ud. al difunto? _____
 8 ¿Fue su médico asistente o simplemente ocasional? _____
 9 ¿Cuánto tiempo estuvo tratándolo? _____
 10 ¿Qué enfermedad provocó esta causa precisa e inmediata de fallecimiento? _____
 11 ¿Estaba el difunto en conocimiento de la enfermedad que le provocó la muerte? _____
 Desde cuándo _____
 12 ¿Cuándo fue consultado por primera vez por el difunto acerca de las afecciones que fueron la causa directa de su muerte? _____
 13 En relación con la enfermedad que le causó la muerte, indique cuánto tiempo estuvo el difunto con:
 a) Licencia médica: _____
 b) sin salir de su casa: _____
 c) Imposibilitado de atender sus ocupaciones: _____
 14 Indique persona y lugar donde se pueda solicitar los antecedentes médicos _____

Nombre del médico: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ I.C.M. (A.G.) _____
 Fecha: _____ Firma _____

Para el cobro del seguro por fallecimiento es
 NECESARIO adjuntar los siguientes documentos

	NATURAL	ACCIDENTAL
1 Formulario reclamo	X	X
2 Certificado de defunción con expresión de causa	X	X
3 Fotocopia Cédula de Identidad	X	X
4 Parte policial		X
5 Protocolo de autopsia		X
6 Otros antecedentes	X	X