

AVISO DE RECLAMACION DE SEGURO DE VIDA

Reclamo N°: _____

Póliza N°: _____

Nombre Completo del Asegurado: _____
 No. de Identidad _____
 Nombre del Contratante: _____
 Dirección de Domicilio: _____

 Lugar, fecha y hora de fallecimiento: _____
 Lugar y fecha de nacimiento: _____
 Ocupación del fallecido: _____

Causa de la muerte: Enfermedad Suicidio Homicidio Accidente
 Si la causa de la muerte es por enfermedad, indique la fecha en que comenzó y el diagnóstico:

 Institución hospitalaria donde recibió asistencia médica final el fallecido: _____

 Si la causa de la muerte es por suicidio, homicidio o accidente, describa brevemente lo ocurrido:

 Autoridad que hizo el levantamiento del fallecido: _____

Nombre Completo del Beneficiario: _____
 Numero de Identidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Género: F M: Estado Civil; Casado: Soltero: Viudo: Separado: Otro: _____
 Dirección de Residencia _____
 Municipio. _____ Departamento _____ País: _____
 Empresa donde Trabaja: _____ Ocupación u Oficio _____
 Dirección Laboral: _____
 Teléfono Fijo: _____ Teléfono de Trabajo _____ Celular: _____
 Email: _____

Las declaraciones anteriores son verdaderas y hechas de buena fe, no obstante, autorizamos a SEGUROS CREFISA, S.A. para que por medio de su personal o apoderados, concurra a las autoridades civiles y militares, médicos, instituciones hospitalarias, personas naturales y jurídicas para que realice las confirmaciones procedentes e investigaciones relativas a las circunstancias de la muerte del Asegurado y que una vez completadas las pruebas pertinentes y si estas son suficientes a su juicio, liquide el valor de la presente reclamación conforme a derecho.

Lugar y fecha. _____

 Firma reclamante - beneficiario

 Firma y sello del contratante

INSTRUCCIONES

1. La declaración del reclamante debe ejecutarla la persona (o personas) a quién se le debe pagar la indemnización. Si hay más de un beneficiario todos pueden unirse en la declaración del reclamante, caso contrario, cada uno deberá completar este formulario.
2. Cuando una póliza sea pagada a los representantes legales del asegurado, la declaración debe ejecutarla el administrador legal.
3. Cuando una póliza sea pagada a un menor de edad, la declaración debe ejecutarla el cónyuge sobreviviente o tutor legal.
4. Cuando una póliza haya sido cedida, la declaración del reclamante debe ejecutarla el cesionario y la copia original de la cesión o certificación original debe serle entregada a la Compañía junto con la póliza al efectuarse el pago de la reclamación.
5. La declaración del médico debe ejecutarla quien asistió al fallecido durante su última enfermedad, firmarla el mismo de su puño y letra y sellarla. Si más de un médico tuvo parte, se debe suministrar una declaración por separado, siempre que así lo exija la Compañía.
6. La Compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

REQUISITOS BÁSICOS

MUERTE NATURAL O ENFERMEDAD:

1. Aviso de reclamación de seguro de vida debidamente completado con letra molde y legible.
2. Notificación del contratante reportando el siniestro, en caso de ser una póliza colectiva.
3. Acta de defunción original del fallecido.
4. Fotocopia de tarjeta de identidad del fallecido.
5. Acta de certificación de nacimiento original del fallecido.
6. Fotocopia de tarjeta de identidad de los beneficiarios.
7. Acta de Certificación de nacimiento de los beneficiarios.
8. Acta de certificación de matrimonio en caso de que el beneficiario sea el cónyuge.
9. Certificación del médico tratante de la enfermedad o accidente del fallecido.
10. Si fue atendido en un hospital o clínica al momento de su fallecimiento, presentar Constancia Original firmada y sellada por el Médico de la Institución, especificando; Diagnóstico, Fecha de Ingreso y Fecha de Muerte.

EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL, HOMICIDIO O SUICIDIO, ADEMÁS DE LOS REQUISITOS ANTES MENCIONADOS DEBERÁ PRESENTAR LO SIGUIENTE:

11. Certificación de la Inspectoría de Trabajo, en caso de que el accidente ocurra en horas laborables. (En caso de Responsabilidad Patronal).
12. Certificación de la Autopsia original de la autoridad competente.
13. Certificación del levantamiento del cadáver original de la autoridad competente.
14. Constancia original del Ministerio Público de la República de Honduras.
15. Recortes de Periódicos (si los hay).
16. Informe de la parte de la Dirección Nacional de Vialidad y Transporte original en caso que sea Accidente Vehicular.
17. Certificado de Defunción autenticado por la Embajada de Honduras en el lugar (país) de fallecimiento y por Relaciones Exteriores o apostillado.

Requisito que deberá cumplir cada beneficiario al momento de recibir la indemnización:

1. Completar el Finiquito de la Indemnización.