

No. de póliza: _____

No. de certificado: _____

DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre completo del asegurado			
Fecha de nacimiento Día / Mes / Año	No. identidad	Última ocupación	
País:		Lugar de fallecimiento Ciudad:	
No. de afiliación del IHSS		Estado civil Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>	
Dirección exacta del fallecimiento:			
Causa de la muerte: Enfermedad <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>	Nombre del patrono		
Dirección del patrono			Teléfono

Si la causa de la muerte es por enfermedad, indique:

Diagnóstico completo: _____

Fecha en la que comenzaron los primeros síntomas o signos de la enfermedad: _____

Si la causa de la muerte fue por accidente, homicidio o suicidio indique:

Fecha en que ocurrió el evento: _____

Describa cómo ocurrieron los hechos:

Indique el nombre y dirección de los médicos, Hospitales o Centros de Salud donde recibió atención médica el asegurado:

Nombre	Fecha de atención	Dirección	Teléfono

DATOS DEL BENEFICIARIO (campo obligatorio)

BENEFICIARIO 1			
Nombre completo del beneficiario			
No. de identidad	Tipo de identidad	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Fuente de ingreso / ocupación
Dirección de domicilio			
No. de celular	No. Teléfono fijo	Nacionalidad	Correo electrónico

BENEFICIARIO 2			
Nombre completo del beneficiario			
No. de identidad	Tipo de identidad	Día Mes Año Fecha de nacimiento: / /	Fuente de ingreso / ocupación
Dirección de domicilio			
No. de celular	No. Teléfono fijo	Nacionalidad	Correo electrónico

BENEFICIARIO 3			
Nombre completo del beneficiario			
No. de identidad	Tipo de identidad	Día Mes Año Fecha de nacimiento: / /	Fuente de ingreso / ocupación
Dirección de domicilio			
No. de celular	No. Teléfono fijo	Nacionalidad	Correo electrónico

BENEFICIARIO 4			
Nombre completo del beneficiario			
No. de identidad	Tipo de identidad	Día Mes Año Fecha de nacimiento: / /	Fuente de ingreso / ocupación
Dirección de domicilio			
No. de celular	No. Teléfono fijo	Nacionalidad	Correo electrónico

BENEFICIARIO 5			
Nombre completo del beneficiario			
No. de identidad	Tipo de identidad	Día Mes Año Fecha de nacimiento: / /	Fuente de ingreso / ocupación
Dirección de domicilio			
No. de celular	No. Teléfono fijo	Nacionalidad	Correo electrónico

BENEFICIARIO (PERSONA JURÍDICA)			
Razón o denominación social	Lugar de constitución	No. de identidad	Tipo de identidad
Nombre del representante legal		No. de identidad representante legal	Tipo de identidad representante legal
Dirección	Actividad económica	No. Teléfono	Correo electrónico

Certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas.

Nombre completo del reclamante

Firma del reclamante

Parentesco con el fallecido

Dirección exacta y teléfono del reclamante: