

RECLAMACION POR FALLECIMIENTO SEGUROS DE VIDA
Declaración del Reclamante

F-SIP-05

Número de Póliza: _____		Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	
DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO			
Apellidos: _____		Nombres: _____	
Fecha de Nacimiento: _____		Cédula: _____	
Fecha de Fallecimiento: _____		Lugar: _____	
Causa de la Muerte: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente _____		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	
SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL PATRONO (Aplica sólo para pólizas colectivas)			
Nombre del Patrono: _____		Fecha empleo del asegurado: _____	
Dirección: Calle y número: _____		Edificio/ Apart.: _____	
Ciudad y Sector: _____		Lugar: _____	
Correo Electrónico: _____		Fecha término del empleo: _____	
_____	_____	_____	_____
Fecha	Nombre del Patrono	Firma y Sello	
DATOS DE LA RECLAMACION			
<u>EN CASO DE ENFERMEDAD INDIQUE</u>			
Diagnóstico del Fallecimiento: _____			
Fecha del primer diagnóstico: _____		Fecha primeros síntomas: _____	
Fecha de inicio del tratamiento: _____		Fecha última consulta: _____	
<u>EN CASO DE ACCIDENTE INDIQUE</u>			
Tipo de Accidente: _____			
Fecha del Accidente: _____		Lugar del Accidente: _____	
Describa las circunstancias en que ocurrió el accidente: _____			
<u>REFERENCIA DE LOS MEDICOS TRATANTES:</u>			
Hospital / Clínica: _____			
Nombre del Doctor: _____			
Dirección: Calle y número: _____		Edificio/ Apart.: _____	
Ciudad y Sector: _____		Lugar: _____	
Teléfonos del Doctor: _____		Correo Electrónico: _____	
DATOS DEL RECLAMANTE			
Apellidos: _____		Nombres: _____	
Parentesco con el asegurado: _____		Cédula: _____	
Teléfonos: _____		Correo Electrónico: _____	
Dirección: Calle y número: _____		Edificio/ Apart.: _____	
Ciudad y Sector: _____		Lugar: _____	
CONVENIO DE SEGURIDAD			
Reconozco que este formulario así como cualquier otros que no hayan sido suministrado por La Compañía, fueron suministrados a petición mía, y acepto la advertencia del hecho de que el haberme suministrado tal(es) formulario(s) no constituye reconocimiento de que: (1) Existe ningún seguro vigor, (2) La Compañía debe realizar pago alguno, si la póliza está en vigor, (3) La renuncia de defensa o derecho alguno de La Compañía respecto a la presente reclamación.			
Certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender. Convengo en suministrar todos los documentos que exija La Compañía por ser pertinentes a esta declaración, y convengo en que tales declaraciones o documentos formarán parte integrante de las pruebas de enfermedad o accidente.			
Autorizo a cualquier Médico, hospital, clínica, dispensario y/o sanatorio a proporcionar a MAPFRE BHD Seguros, o a su representante a suministrar las informaciones y/o los documentos requeridos por esta, respecto al tratamiento, antecedentes y recetas suministradas a mi persona o al asegurado incapacitado por accidente o enfermedad.			
_____	_____	_____	_____
Día / Mes / Año	Firma del Reclamante		
<small>Santo Domingo Oficina Principal: Av. Abraham Lincoln No. 952, esq. José A. Soler, Tel. (809) 562-1271 y 1-809-200-1368 (Sin cargos), Fax (809) 562-1825. Santiago Av. Bartolomé Colón, esq. Estrella Sadhalá Plaza Haché, 1er Nivel (Mezzanine), Tel. (809) 582-5188 y 1-809-200-0500 (Sin Cargos), Fax (809) 971-3733 y 1-809-200-2100 (Sin Cargos). La Romana Calle Trinitaria No. 49 Altos; Tels: (809) 813-1212, (809) 550-8481, y 1-809-200-0335 (Sin Cargos), Fax (809) 813-4917. Bávaro Carretera Cruce de Verón. Tel: (809) 933-0900 y 1-809-200-9900 (libre de cargo), Fax: (809) 933-2900. Puerto Plata Av. Luis Ginebra No. 62, Plaza Amapola, Tel: (809) 244-4335 y 1-809-200-0045 (libre de cargos), Fax: (809) 244-4665. San Francisco de Macoris Av. Presidente Antonio Guzmán, Caribbean Plaza, 2do Nivel. Tel. (809) 244-3444 y 1-809-200-0656 (Sin Cargos), Fax (809) 244-6333. RNC: 1-01-06991-2</small>			