



DOCUMENTACION A PRESENTAR EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PARA LIQUIDACION DE RECLAMO

1. **Original de la póliza** (plan Vital, Temporales y Accidentes Personales Individual). **Certificado Individual** extendido por la Aseguradora a nombre del Asegurado (Seguros Colectivos)
2. **Partida de Nacimiento del Asegurado.**
3. **Cédula de Vecindad del Asegurado;** en su defecto, Certificación del Registro de Cédulas de Vecindad extendida por la Municipalidad de la localidad.
4. **Partida de Defunción del Asegurado.**
5. **Declaración de la Funeraria** que prestó sus servicios; en su defecto, Certificación del Alcalde de la localidad donde se haga constar la inhumación del cadáver del Asegurado.
6. **Declaración del Reclamante.** Adjuntando fotocopia (no autenticada) de la Cédula de Vecindad del Beneficiario. Cuando alguno de los beneficiarios sea menor de edad, deberá presentar su Partida de Nacimiento, y la Declaración del Reclamante firmada por el representante del menor.
7. **Declaración del Médico que atendió al difunto.** En su defecto, Certificación del Médico Forense o Certificación del Centro Hospitalario donde se practicó la autopsia.
8. Si la muerte del Asegurado fue accidental, se deberá presentar el Parte de la Policía y/o Informe de los Bomberos, en los cuales se haga constar las circunstancias en que se dio el hecho y Certificado de Autopsia.
9. Si el Seguro es para cubrir pasivo laboral o garantizar el pago de alguna deuda, se deberá presentar Certificación del Contador de la Empresa Contratante, en la cual se exprese el valor al que ascienden las obligaciones referidas exclusivamente al Asegurado. Se requiere, en el caso de garantizar el pago de alguna deuda, copia del documento que originó el compromiso del Asegurado.
10. Representación Legal del Reclamante. Cuando el pago del seguro se realice a alguna empresa o institución, se deberá presentar fotocopia autenticada del Nombramiento de Representación Legal del Reclamante.

Los formularios para los documentos 6 y 7 los proporciona Aseguradora La Ceiba.

Todos los documentos deben ser originales, y en caso de enviar fotocopias, tendrán que estar debidamente autenticadas, tanto la fotocopia como la firma de quien extendió el documento

Los documentos 5, 6 y 7 deberán legalizarse mediante autenticación de la firma ante notario debidamente autorizado.



DECLARACION DEL MEDICO QUE ATENDIO AL DIFUNTO

Durante su última enfermedad o durante los últimos momentos antes de su muerte.

(Este documento deberá legalizarse mediante autenticación de la firma ante notario debidamente autorizado)

Nombre completo del difunto: _____
Edad al morir: _____ Ocupación en vida: _____
Dirección de la residencia: _____

Tiempo que conoció al difunto: _____
Atendió usted al difunto durante su última enfermedad o en cualquiera otra anterior:

Fecha en que fue consultado por primera vez para la enfermedad que causó directa o indirectamente la muerte:

Fecha de su última consulta o visita:

Anote las enfermedades que padeció durante el tiempo que fue su paciente:

1. _____ Fecha: _____
2. _____ Fecha: _____
3. _____ Fecha: _____
4. _____ Fecha: _____

Lugar donde falleció (Hospital, Clínica, Residencia, etcétera):

Fecha: _____ Hora: _____

Cuál fue la causa inmediata de su muerte:

En su opinión desde cuando (fecha) sufrió el difunto de esta enfermedad:

Cuál fue la enfermedad que indirectamente le causó la muerte:

Cuales enfermedades le produjeron la muerte:

1. _____ Desde: _____ Hasta: _____
2. _____ Desde: _____ Hasta: _____
3. _____ Desde: _____ Hasta: _____
4. _____ Desde: _____ Hasta: _____

Hubo alguna investigación oficial para determinar la causa de la muerte:

El difunto usaba narcóticos, bebidas alcohólicas que contribuyeron a su muerte:

Vio usted al difunto y se cercioró de su identidad después de su muerte:
Firmó usted el Certificado Médico de Defunción para el Registro Civil:

Si hay algún otro detalle acerca de las enfermedades o hábitos del difunto que usted considere debamos conocer, sírvase especificarlo:

Indique los nombres de todos los Médicos o Practicantes de la medicina que, de acuerdo con su conocimiento, y la información de los familiares, atendieron al difunto durante sus últimos cinco años de vida.

Nombre del Médico	Dirección/teléfono	Enfermedad
-------------------	--------------------	------------

Certifico que atendí al difunto según se declara arriba, y que las respuestas que he dado están completas y son verídicas según mi leal saber y entender.

Nombre del Médico:

Firma: _____ Colegiado No. _____

(AUTENTICA)

Instrucciones:

1. Este documento deberá ser completado por el Médico en letra propia.
2. Al contestar las causas de la muerte, favor hacerlo de acuerdo con la Lista Internacional.
3. Si hubo herida, lesión , traumatismo o contusión, descríbase el accidente.
4. En los casos de suicidio u homicidio, especifíquese el medio empleado.
5. En los casos quirúrgicos, indíquese el carácter de la operación practicada, así como la enfermedad, estado o condición.
6. Tratándose de mujeres, deberá señalarse el estado puerperal.
7. Tratándose de neoplasmas, debe indicarse el tipo y la región implicada.

SÍRVASE EVITAR EL USO DE TERMINOS INDEFINIDOS. DESCRÍBANSE MINUCIOSAMENTE CUALQUIER ASPECTO ANORMAL. DE NO BASTAR LOS ESPACIOS PARA CADA RESPUESTA, POR FAVOR UTILICE HOJAS ADICIONALES.



DECLARACION DEL RECLAMANTE

(Este documento deberá legalizarse mediante autenticación de la firma ante notario debidamente autorizado)

Nota: Antes de empezar a completar este formulario, léanse las instrucciones al respaldo.

Nombre completo del difunto: _____ Edad al morir: _____

Ocupación en vida: _____

Dirección de la residencia: _____

Detalle todos los seguros de vida, accidentes y otros que tenía vigentes el asegurado en ésta u otras Compañías:

Compañía Aseguradora Asegurado	Clase de Seguro	Numero de Póliza	Fecha de Emisión	Valor
--------------------------------------	--------------------	---------------------	---------------------	-------

Lugar donde falleció (Hospital, Clínica, Residencia, etcétera): _____

Fecha: _____ Hora: _____

Cuál fue la causa inmediata de su muerte: _____

Cuando se quejó por primera vez el difunto o dio indicaciones de su última enfermedad (fecha): _____

Cuando consultó el difunto con un Médico o Practicante de la medicina, relativo a su última enfermedad (fecha): _____

En que fecha desempeñó el difunto por última vez su ocupación habitual: _____

Médicos consultados por el difunto en sus últimos cinco años:

Nombre del Médico	Dirección/teléfono
-------------------	--------------------

Dentro de los últimos cinco años, había estado el difunto alguna vez en observación, cura o tratamiento en algún hospital, sanatorio, asilo o en otra institución: _____

Si la respuesta es afirmativa, indíquese cuando, donde y por qué razones: _____

En que calidad reclama usted el seguro:

Elige usted alguno de los métodos de liquidación alternativos, en vez de recibir la Suma Asegurada en efectivo:

En caso afirmativo, dígame cual de estos casos:

Lugar y fecha de Nacimiento del Reclamante:

Declaro que las respuestas en este formulario son verídicas y exactas, hasta donde llega mi conocimiento. También se conviene en que el suministro del presente formulario o cualquier otros, no constituye reconocimiento por parte de Aseguradora La Ceiba, S. A., de la existencia de una póliza a favor de la persona fallecida, ni otorga más derechos de los que figuran en el contrato respectivo, en caso de existir este.

Fechado en _____ el día _____ .

Nombre completo del Reclamante:

Firma: _____ Documento de Identificación: _____

(AUTENTICA)

Instrucciones:

1. La Declaración del Reclamante, deberá ser otorgada por la persona o las personas a quienes sea pagadero el seguro. Si hay más de un beneficiario, será completada uno por cada individuo.
2. Cuando sea pagadera una póliza a un beneficiario designado, mayor de edad, deberá hacerse la declaración por tal beneficiario.
3. Cuando sea pagadera una póliza a un beneficiario designado, o a uno o varios beneficiarios, pero por muerte de algún beneficiario, haya llegado a ser pagadera de otro modo, deberá suministrarse también la partida de fallecimiento del beneficiario difunto.
4. Cuando sea pagadera una póliza a una persona menor de edad, deberá otorgarse la declaración por el representante del menor, de cuyo nombramiento y habilitación deberá suministrarse certificación oficial.
5. Cuando sea pagadera una póliza a la sucesión, o bien al albacea o administrador del asegurado, deberá otorgarse la declaración por un albacea o administrador, de cuyo nombramiento y habilitación deberá suministrarse certificación oficial.
6. Cuando sea pagadera una póliza bajo una cesión, deberá el cesionario otorgar la declaración. En caso de Cesión subsidiaria, especifíquese el importe nominal de la misma, así como el monto actual de la deuda pasiva del difunto bajo dicha cesión. Deberá presentarse la cesión original.