

FORMULARIO DE RECLAMACION POR MUERTE

Este formulario debe ser completado por el médico asistente y por el patrono al fallecer un empleado asegurado, y debe ser enviado a Pan American Life. En caso de no haber asistencia médica, debe entonces suministrarse una copia certificada de la partida oficial de defunción. Por suministrarse este formulario en blanco e investigar la reclamación, la Compañía no quedará obligada a reconocer la validez de ninguna reclamación ni a hacer exención de ninguna condición de póliza.

SECCION QUE DEBE EJECUTAR EL MEDICO ASISTENTE

1. Nombre completo del fallecido _____ Edad _____

2. Fecha del fallecimiento _____ Lugar del Fallecimiento _____
MES / DIA / AÑO

3. Se debió la causa del fallecimiento a: Enfermedad Suicidio Homicidio Accidente

a) Si es por enfermedad, dé la fecha en que comenzó _____ Diagnóstico _____
MES / DIA / AÑO

b) Si es por homicidio, suicidio o accidente describa brevemente _____

Fecha _____ Firma del Médico _____
MES / DIA / AÑO

Nombre del Médico _____

Dirección _____

SECCION QUE DEBE EJECUTAR EL PATRONO

1. Nombre del Empleado _____ Edad _____

2. Dirección _____ Fecha de Nacimiento _____
MES / DIA / AÑO

3. Fecha del Empleo _____ Su Ultima Ocupación _____
MES / DIA / AÑO

4. Fecha que trabajó por última vez las horas completas con pago completo _____
MES / DIA / AÑO

5. Fecha en que terminó el empleo _____
MES / DIA / AÑO

6. Fecha del fallecimiento _____ Lugar del Fallecimiento _____
MES / DIA / AÑO

7. Causa del fallecimiento _____

8. Nombre del beneficiario	Parentesco	Edad	Cantidad

9. Dirección del beneficiario _____

10. ¿Fué causado el fallecimiento por un accidente de trabajo? SI NO

11. ¿Recomienda usted que se pague ésta reclamación? SI NO

Observaciones _____

12. A este formulario debe adjuntársele los requisitos detallados en la página adjunta:

Fecha _____ Firma Responsable _____
MES / DIA / AÑO

Nombre _____

Cargo _____

REQUISITOS PARA RECLAMACION POR MUERTE

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE

1. Carta del Patrono notificando el fallecimiento del empleado asegurado
2. Formulario del Reclamación por Muerte debidamente completado por el Patrono y por el Médico Tratante
3. Original de Certificado de Seguro
4. Certificación de Acta de Defunción original
5. Certificación del Acta de Nacimiento original y fotocopia de la Tarjeta de Identidad del asegurado, fotocopia de pasaporte para extranjeros
6. Partidas de Nacimiento originales y copia de las Tarjetas de Identidad de los beneficiarios designados, fotocopia de pasaporte para beneficiarios extranjeros
7. Tarjeta de Enrolamiento

En caso de homicidio, adicionalmente a los requisitos indicados en los numerales del 1 al 7 se deberá presentar:

- Certificación del Ministerio Público extendida por el Médico Autopsiante
- Constancia de la Dirección General de Investigación Criminal
- Recortes de periódico

Si la muerte fuese accidental, además de requisitos indicados en los numerales del 1 al 7, se requiere:

- Parte de la Dirección General de Tránsito
- Acta Sumarial del Juzgado respectivo o Certificación del Ministerio Público
- Recortes de periódicos

NOTA: PRESENTAR LA TARJETA DE IDENTIDAD DE LOS BENEFICIARIOS AL MOMENTO DE RETIRAR LOS CHEQUES DE RECLAMACION.