

## 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 \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_  
que comenzó 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 \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

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.**

---