



FORMULARIO DE RECLAMO DE SEGURO DE AP

1. Información de la póliza

Nombre del Asegurado _____

No. De Póliza _____

Suma Asegurada: _____

2. Información del Asegurado

Nombre Completo _____

Lugar y Fecha de Nacimiento _____

DPI _____

Estado Civil _____

Nombre del Cónyuge _____

Nombre del Padre _____

Nombre de la Madre _____

Última Dirección de Residencia _____

Última Dirección de Trabajo _____

Ocupación _____

3. Información del Beneficiario

Nombre Completo _____

Lugar y Fecha de nacimiento _____

DPI _____

Dirección de Residencia _____

Parentesco con el Asegurado _____

Si es Acreedor Monto de lo Adeudado _____ Docto. que lo Ampara _____

Si es Menor de Edad SI NO

Nombre del Representante Legal _____

Parentesco _____ Docto. que Acredita la Representación _____

4. Información del Siniestro

Fecha del Fallecimiento _____ Hora _____ Lugar _____

Describa las circunstancias que ocasionaron la muerte

Testigos que presenciaron el hecho _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del Médico que certifica la muerte _____

Nombre del Médico que hizo la necropsia _____

Participaron los Bomberos SI NO Cuáles? _____

Intervino la Policía SI No Juzgado donde tramita el caso _____

No. Identificación _____

Causa de la Muerte _____

5. Documentos que adjunto

DESCRIPCIÓN DE DOCUMENTO	SI	NO
A. Póliza		
B. Certificación de la partida de nacimiento del Asegurado		
C. Certificación de la partida de defunción del Asegurado		
D. DPI del Asegurado		
E. Declaración del médico que atendió al asegurado, legalizada por Notario Público		
F. Declaración de la funeraria que prestó los servicios para la inhumación del cadáver, legalizada por Notario Público		
G. DPI o partida de nacimiento del beneficiario		
H. Informe de Bomberos, parte policiaco		
I. Partida de Nacimiento del Menor de Edad		
J. Dictamen Pericial del Inacif y resultado de pruebas toxicológicas		
K. Informe del Ministerio Público		

Fecha _____

Firma _____

Este espacio es para la auténtica o legalización por Notación Pública