



Oficina: _____

Datos de la Persona Fallecida

Por favor marque si la persona fallecida es: ☐ Asegurado 1 ☐ Asegurado 2

Nombres y Apellidos (completos): _____		
Fecha de Nacimiento: _____	Documento de Identidad Nacional Legal: _____ País emisor: _____ No. Identificación: _____	Fecha del Fallecimiento: _____
Documento que valida o certifica la fecha de nacimiento: _____		Lugar del Fallecimiento: _____
Lugar de Nacimiento: _____		Causa del Fallecimiento: _____
El Fallecido asignó esta póliza: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la póliza fue asignada, indique nombre y dirección de la persona asignada: _____		Indique si la causa de muerte fue distinta a la Natural: <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente

Datos de la(s) Póliza(s)

Liste todos los números de póliza con esta compañía: _____	Fecha de emisión de las pólizas nombradas: _____
Monto total de las pólizas vigentes, tanto por Atlántica como por otras aseguradoras (si aplica): US\$ _____	
Retiro/Educación con Atlántica (sólo con seguro):	US\$ _____ x _____ Años US\$ _____ x _____ Años
Suma Asegurada en póliza de vida con Atlántica	US\$ _____
Suma Asegurada Total con Atlántica Seguros:	US\$ _____
Suma Asegurada Total con Otras Aseguradoras:	US\$ _____ con _____ US\$ _____ con _____ US\$ _____ con _____

Documentos que deben acompañar este Reclamo de Siniestro

- ☐ 1.- Acta de defunción.
- ☐ 2.- Certificado del cementerio donde fue sepultado o de la cremación.
- ☐ 3.- Copia de obituarios de la prensa local (si los hubiera).
- ☐ 4.- Copia de Identificación Nacional Legal de la persona fallecida.
- ☐ 5.- Copia de Identificación Nacional Legal de cada uno de los beneficiarios.
- ☐ 6.- Devolución de póliza original (cuando sea posible).
- ☐ 7.- Dependiendo del tipo de fallecimiento:
 - 7.a- En caso de accidente/asesinato:
 - ☐ 1.- Informe médico forense
 - ☐ 2.- Informe del levantamiento policial del accidente/asesinato
 - ☐ 3.- Declaración de testigos (si los hubiera)
 - 7.b- En caso de enfermedad:
 - ☐ 1.- Informe del médico que declaró la causa de fallecimiento.
 - ☐ 2.- Informe del médico que lo atendió en emergencia o le suministro tratamiento
 - ☐ 3.- Historia médica anterior a la fecha de la solicitud de seguro original.
 - ☐ 4.- Historia médica desde el diagnóstico (de la enfermedad que conduce a la muerte) hasta el fallecimiento.

Autorización: Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Nombre y Firma del Beneficiario o Persona Representante Declarante _____

Relación/Parentesco con el Asegurado _____

Fecha _____



Datos de los Beneficiarios

Nombres y Apellidos (completos):		
Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad Nacional Legal:	Parentesco:
	País emisor: No. Identificación:	
Dirección de Correspondencia:		
Dirección de Residencia:		Teléfonos:
Firma		

Nombres y Apellidos (completos):		
Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad Nacional Legal:	Parentesco:
	País emisor: No. Identificación:	
Dirección de Correspondencia:		
Dirección de Residencia:		Teléfonos:
Firma		

Nombres y Apellidos (completos):		
Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad Nacional Legal:	Parentesco:
	País emisor: No. Identificación:	
Dirección de Correspondencia:		
Dirección de Residencia:		Teléfonos:
Firma		

Nombres y Apellidos (completos):		
Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad Nacional Legal:	Parentesco:
	País emisor: No. Identificación:	
Dirección de Correspondencia:		
Dirección de Residencia:		Teléfonos:
Firma		

Autorización: Damos nuestro consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.



Nombre del Beneficiario o Persona Representante Declarante: _____ Firma: _____

Nombre del médico familiar del asegurado, en caso de no tener uno, provea nombre de institución hospitalaria visitada por el asegurado en los últimos 5 años:

Si el asegurado tenía seguro de salud, provea nombre(s) de compañía(s) aseguradora(s), direcciones, tlf.s. y número(s) de póliza(s):

Si el asegurado estuvo hospitalizado durante los últimos 5 años, provea nombre de clínica/hospital y fecha de hospitalizaciones:

Si el asegurado falleció como consecuencia de alguna enfermedad y/o infección, provea la fecha en que fue diagnosticado por primera vez y la dirección y tlf.s. de médico/hospital o clínica donde fue atendido por primera vez:

Si el asegurado estuvo hospitalizado durante los últimos 12 meses antes del fallecimiento, provea nombre de clínica/hospital, tlf.s. y frecuencia de hospitalizaciones:

Indique si el asegurado estaba bajo prescripción médica y que medicinas tomaba durante los últimos 4 años antes del fallecimiento:

Declare si usted está en conocimiento de si el asegurado fumaba cigarrillos o usaba otros productos derivados del tabaco durante los últimos 4 años antes del fallecimiento, si la respuesta es afirmativa indique cantidad promedio consumida:

Indique si el asegurado durante los últimos 4 años antes del fallecimiento fue diagnosticado, recibió tratamiento para alguna de las siguientes enfermedades: (indicar fecha de diagnóstico, tratamiento, médico y/o clínica/hospital)

	Fecha Diagnóstico	Tratamiento	Médico/Clínica/Hospital
Diabetes:			
Enfermedades Cardíacas:			
Cáncer:			
Alzheimer's:			
Enfisema:			
Enfermedad Renal:			
Tratamiento por Consumo de Alcohol o Droga:			
Diabetes:			
Asma:			
Lupus:			
Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida:			
Enfermedades Hepáticas:			
Otras (especifique):			



Declaración de Veracidad y Fraude de la Información Suministrada por los Declarantes

Yo/Nosotros declaramos que la información suministrada en esta declaración es verdadera dentro de mis/nuestros conocimientos y creencias.

Los abajo firmantes declaramos que esta solicitud constituye el reclamo del beneficio por fallecimiento, si lo hubiera, como estaba contractualmente en vigor al momento del fallecimiento del Asegurado y que esta solicitud no exonera ninguna de las provisiones del contrato.

ADVERTENCIA

Una persona que en conocimiento de la verdad, provea información falsa, desorientadora, incompleta o errónea en una solicitud de reclamo de siniestro, con intención de cometer fraude o perjudicar a una compañía de seguros, puede ser encontrado culpable de crimen o delito menor. Las penalidades pueden incluir cárcel, multas o negación del pago del beneficio por fallecimiento.

AUTORIZACIÓN

Damos nuestro consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma del Beneficiario

Relación/Parentesco con el Asegurado

Fecha

Firma del Beneficiario

Relación/Parentesco con el Asegurado

Fecha

Firma del Beneficiario

Relación/Parentesco con el Asegurado

Fecha

Firma del Beneficiario

Relación/Parentesco con el Asegurado

Fecha

Firma de Testigo/Agente

Dirección de Testigo/Agente

Fecha