





**WorldWide**  
Seguros

Reclamo de Beneficiario  
Seguro de Vida  
Pág. 2 de 2

#### Accidentes (completar sólo si el siniestro fue resultado de un accidente)

¿Dónde ocurrió el accidente?

Fecha del accidente

¿Ocurrió el accidente durante el curso de trabajo?

☐

Sí

☐

No

#### Declaración y descargo de información

Declaro bajo la fe de juramento que los datos suministrados anteriormente y contenidos en este formulario son verdaderos, correctos y actualizado. No he omitido ninguna información requerida explícita o implícitamente en este formulario.

Reconozco que el haber completado y firmado el presente cuestionario no supone la aceptación por parte de WorldWide, hasta tanto la Aseguradora realice la debida evaluación y aprobación del mismo

El solicitante acepta y autoriza con la firma del presente formulario, a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra facilidad, agencia gubernamental u otra persona médicamente durante la vigencia del contrato, a proveer a la Aseguradora con la presentación del original o fotocopia de este formulario, toda información médica, incluyendo registros respecto a consejos, cuidado o tratamiento proporcionados al asegurado, sin limitación de información relacionada incluyendo enfermedades mentales o uso de drogas o alcohol.

Firma

Fecha de firma

Dirección

País

*\*Adjuntos a este formulario deben enviarse todos los requisitos solicitados en las cláusulas del contrato póliza y de los endosos de inclusión de beneficios, de acuerdo con el beneficio que se está reclamando.*