

Reclamo de Beneficiario Seguro de Vida Pág. 1 de 2

Información del Asegurado			
Número de Póliza	Monto de Beneficio		
Nombre			
Cédula/Pasaporte	Fecha de Nacimiento		
Dirección			
Estado Civil Casado Soltero Fecha del Siniestro d l d m l m			
Causa del Siniestro			
Empleador	Última fecha que trabajó		
Ocupación			
Información del Solicitante			
Nombre Nombre			
Dirección Dirección			
Teléfono Fecha de Nacimiento d d m m a	la la la Relación con el Asegurad	0	
Usted está reclamando este seguro como Asegurado Beneficiario		Otro	
Objeto del Reclamo			
Beneficio Básico por Fallecimiento Beneficio en caso de Muerte Accidental y Desmembramiento			
Beneficio de Cobertura de Invalidez Total y Permanente Beneficio de Cobertura de Enfermedades Graves			
Beneficio de Exoneración de Pago de Prima por Incapacidad			
Información Médica			
Nombre y domicilio de todos los médicos, hospitales o instituciones que trataron al Asegurado durante los últimos cinco años.			
Fecha en la que el Asegurado visitó a un doctor por primera vez por su última condición médica			
Nombre del paciente Diagnóstico	Dirección	Fecha de Tratamiento	



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 del del memera la la la la ¿Ocurrió el accidente durante	e el curso de trabajo? Sí No
Declaración y descargo de información	
Declaro bajo la fe de juramento que los datos suministrados anteriormente y con No he omitido ninguna información requerida explícita o implícitamente en este f	
Reconozco que el haber completado y firmado el presente cuestionario no supono realice la debida evaluación y aprobación del mismo	e la aceptación por parte de WorldWide, hasta tanto la Aseguradora
El solicitante acepta y autoriza con la firma del presente formulario, a cualqu gubernamental u otra persona médicamente durante la vigencia del contrato, a pr de este formulario, toda información médica, incluyendo registros respecto a limitación de información relacionada incluyendo enfermedades mentales o uso o	roveer a la Aseguradora con la presentación del original o fotocopia consejos, cuidado o tramiento proporcionados al asegurado, sin
Firma	Fecha de firma
Dirección	
País	
*Adjuntos a este formulario deben enviarse todos los requisitos solicitados en las clá de acuerdo con el beneficio que se está reclamando.	íusulas del contrato póliza y de los endosos de inclusión de beneficios,