

No. Reclamación: _____

FORMULARIO RECLAMACION – MUERTE

Pagador de la Póliza: _____ Núm. S.S. o Núm Empleado _____

Asegurado Principal: _____ Núm. S.S. o Núm Empleado _____

Datos del reclamante:

Nombre: _____ Núm. S.S. o Empleado _____ Fecha de Nac.: _____ d m a

Dirección Postal que desea recibir la correspondencia: _____

Teléfono: (____) _____ E-mail: _____ Relación con el Asegurado Principal (si aplica): _____

Datos de la persona Fallecida:

Nombre: _____ Núm. S.S. o Empleado _____ Fecha de Nac.: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono: (____) _____ E-mail: _____ Relación con el Asegurado Principal (si aplica): _____

Reclamante

Reclamante

Reclamación por Muerte
 (Favor de acompañar Certificado Defunción original)
 (Favor de contestar todas las preguntas)

1. Fecha del Fallecimiento: _____ d m a 2. Lugar del Fallecimiento: _____

3. Se debió la causa del fallecimiento a: Enfermedad Accidente Otra: _____

a. Si fue por enfermedad, describala e indique la fecha en que comenzó _____

b. Si fue por accidente u otra causa, favor de describir brevemente: _____

4. Información del (los) Beneficiario(s)

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Patrono

Patrono

Canasta Básica
 (Para ser completado por el Patrono del Reclamante)

Nombre del Empleado: _____

Fecha del último día de trabajo: _____ d m a

Patrono _____ Teléfono (____) _____

Firma Ger. Recursos Humanos _____ Nombre en Letra de Molde _____

Firma y Título de otra persona autorizada _____ Fecha _____ d m a

(Si el reclamante trabaja por cuenta propia, favor incluir última Planilla de Contribución Sobre Ingresos registrada en Hacienda)

AUTORIZACION Y CONFIRMACION

Por este medio autorizo a cualquier médico con licencia para ejercer su profesión, hospital, clínica u otra facilidad médica, Compañía de Seguros, el "Medical Information Bureau", u otra organización, institución o personas que tuvieran algún récord o conocimiento de mi estado de salud y de cualquier miembro de mi familia, a transferir a TOLIC, tal información. Esta autorización estará vigente por un período de 12 meses a partir de la fecha del reclamo. Una copia fotostática de esta Autorización y Confirmación será tan válida como el original.

AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayude, o hiciera presentar, una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

Acceptado conforme:

_____ d m a
 Fecha

_____ Nombre en letra de Molde

_____ Firma del Reclamante

Reclamante

Reclamante