



Datos de la Persona Fallecida Por favor marque si la persona fallecida es: Familiar incluido Asegurado 1 Asegurado 2

| | | |
|---|-------------------------|--------------------------|
| Nombres y Apellidos (completos): | | |
| Fecha de Nacimiento: | Documento de Identidad: | Fecha del Fallecimiento: |
| | País emisor: | No. Identificación: |
| Documento que valida o certifica la fecha de fallecimiento: | | Lugar del Fallecimiento: |
| Causa del fallecimiento: | | |
| <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | | |
| 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: | | |

Datos de las Pólizas

| | |
|---|---|
| Liste todos los números de póliza con esta compañía: | Tipo de producto: |
| | <input type="checkbox"/> Funerario <input type="checkbox"/> Seguro de vida |
| Fecha de emisión de las pólizas nombradas: | Moneda de la póliza <input type="checkbox"/> RD\$ <input type="checkbox"/> US\$ |
| Monto total de la suma asegurada reclamada, tanto con Atlántica Seguros como con otras compañías (si aplica): _____ | |
| Suma Asegurada en póliza de vida con Atlántica: | _____ x _____ Años |
| Suma Asegurada total con Atlántica Seguros: | _____ x _____ Años |
| Suma Asegurada total con otras Compañías: | _____ con _____ |
| | _____ con _____ |
| | _____ 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 suministró 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.



Datos de los Beneficiarios Reclamantes

1.

Este cuadro debe ser completado con los datos del beneficiario o persona reclamante que llenó esta solicitud.

Nombres y Apellidos (completos):

Fecha de Nacimiento:

Documento de Identidad:

Relación con la persona fallecida:

País emisor:

No. Identificación:

Dirección de Correspondencia:

Dirección de Residencia:

Teléfonos:

Correo electrónico:

2.

Nombres y Apellidos (completos):

Fecha de Nacimiento:

Documento de Identidad:

Relación con la persona fallecida:

País emisor:

No. Identificación:

Dirección de Correspondencia:

Dirección de Residencia:

Teléfonos:

Correo electrónico:

3.

Nombres y Apellidos (completos):

Fecha de Nacimiento:

Documento de Identidad:

Relación con la persona fallecida:

País emisor:

No. Identificación:

Dirección de Correspondencia:

Dirección de Residencia:

Teléfonos:

Correo electrónico:

4.

Nombres y Apellidos (completos):

Fecha de Nacimiento:

Documento de Identidad:

Relación con la persona fallecida:

País emisor:

No. Identificación:

Dirección de Correspondencia:

Dirección de Residencia:

Teléfonos:

Correo electrónico:



Nombre del médico principal del asegurado, en caso de no tener uno, proveer 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, teléfonos y números de pólizas:

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 teléfonos 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, teléfonos 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 o 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: | | | |
| Enfisema: | | | |
| Enfermedad Renal: | | | |
| Tratamiento por Consumo de Alcohol o Droga: | | | |
| Asma: | | | |
| Lupus: | | | |
| Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA): | | | |
| Enfermedades Hepáticas: | | | |
| Otras (especifique): | | | |



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

Yo/Nosotros declaramos que la información suministrada en este documento 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.

1. _____ Fecha
Firma persona reclamante que completó esta solicitud

2. _____ Fecha
Firma del Beneficiario

3. _____ Fecha
Firma del Beneficiario

4. _____ Fecha
Firma del Beneficiario

Dirección de Testigo/Agente

Nombre y Firma de Testigo/Agente

Fecha