



12. Indique información de los beneficiarios que solicitan el derecho de indemnización						
Nombre	Parentesco	Edad	Dirección	Teléfono	% Indemnización	

Certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completadas según mi leal saber y entender. Convengo en suministrar declaraciones de los médicos que asistieron o trataron al fallecido, así como los demás documentos que exija la Compañía por ser pertinentes a esta reclamación, y convengo también en que tales declaraciones o documentos deberán por este medio constituir y formar parte integrante de las pruebas de muerte; libero a **MAPFRE SEGUROS HONDURAS** del tramite correspondiente hasta que los requisitos sean completados.

Persona que presencia el llenado de este	Nombre Completo y Firma del Reclamante	Edad
Fecha	Dirección Exacta y Teléfono	

Por este medio AUTORIZO a todos los médicos. Instituciones Hospitalarias, Clínicas, Sanatorios, Farmacéuticos u otros Centros de Salud, para que el Representante de **MAPFRE SEGUROS HONDURAS** portador de la copia de este formulario se le brinde información, releven o permitan la inspección de cualquier informe, documento, declaración, análisis de diagnóstico o registro profesional de dicho doctor, clínica hospital o miembro del respectivo personal profesional.

_____ mi _____ Quien murió _____
 (Nombre del Fallecido) (Parentesco) (Fecha)



INSTRUCCIONES

1. La declaración del reclamante debe ejecutarla la persona (o personas) a quien se le debe pagar la indemnización. Si hay más de un beneficiario todos pueden unirse en la declaración del reclamante, pero si se desea, a cada uno se le puede suministrar un formulario en blanco.
2. Cuando una póliza haya estado en vigor menos de dos años o cuando una reclamación se presente de acuerdo con el beneficio de muerte por causa accidental, MAPFRE SEGUROS HONDURAS, pedirá al beneficiario o beneficiarios, o a los representantes de estos que den su autorización a los correspondientes médicos, clínicas, hospitales, etc., a fin de que dicha compañía pueda exigir todos los datos que juzgue pertinentes a las enfermedades que el asegurado fallecido haya sufrido o le hayan tratado.
3. Cuando los documentos presentados sean copias los mismos deben venir legalmente autenticados (a excepción de Tarjeta de Identidad), así mismo si los documentos provienen del extranjero estos deben de venir con sus respectivos sellos de apostillado.
4. Cuando una póliza sea pagada a los representantes legales del asegurado, la declaración debe ejecutarla el administrador legal.
5. Cuando una póliza sea pagada a un menor de edad, la declaración debe ejecutarla el cónyuge sobreviviente o tutor.
6. Cuando una póliza haya sido cedida, la declaración del Reclamante debe ejecutarla el Cesionario y la copia original de la cesión o certificado original debe serle entregada a la compañía junto con la póliza al efectuarse el pago de la reclamación.
7. Cuando exista la cláusula de responsabilidad patronal, la declaración del reclamante debe ejecutarla el administrador de la póliza por parte del patrono presentando sello y firma en la misma.
8. La Declaración del Médico debe ejecutarla quien asistió al fallecido durante su ultima enfermedad, firmarla el mismo de su puño y letra y sellarla. Si más de un medico tuvo parte, se debe suministrar una Declaración por separado, siempre que así lo exija la compañía.

REQUISITOS BASICOS

MUERTE NATURAL O ENFERMEDAD:

1. Formulario de Reclamación por Muerte debidamente llenado.
2. Notificación del contratante reportando el siniestro, en caso de ser una póliza colectiva.
3. Acta de Defunción Original del fallecido.
4. Copia de Tarjeta de Identidad del fallecido.
5. Partida de Nacimiento Original del fallecido.
6. Copia de Tarjeta de Identidad de los beneficiarios.
7. Partida de Nacimiento Original de los beneficiarios.
8. Acta de Matrimonio en caso de que el beneficiario sea el cónyuge (de existir).
9. Declaración del médico original firmada y sellada que asistió en su enfermedad, accidente o al momento de su fallecimiento.
10. Si fue atendido en un hospital o clínica al momento de su fallecimiento, presentar Resumen Clínico Original firmada y sellada por el Director de la Institución, especificando antecedentes, Diagnostico, Fecha de Ingreso y Fecha de Muerte.
11. Certificado original de Asegurado para contratos colectivos, o la póliza si es Contrato Individual.



EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL, HOMICIDIO O SUICIDIO, ADEMÁS DE LOS REQUISITOS ANTES MENCIONADOS DEBERA PRESENTAR LO SIGUIENTE:

12. Certificación de la Inspectoría de Trabajo, en caso de que el accidente ocurra en horas laborales.
13. Certificación de la Autopsia original con pruebas toxicológicas.
14. Certificación del levantamiento del cadáver original.
15. Constancia de la Dirección Policial de Investigaciones (D.P.I.)
16. Informe de la parte de la Dirección Nacional de Transito original en caso de que sea Accidente Vehicular.
17. Recortes de Periódicos (Si los hay).

Formularios que deberá llenar cada beneficiario al momento de entrega de la indemnización:

1. Formulario de Conocimiento del Cliente Sector Asegurador - CNBS Resolución No. 1393/26-12-2006
2. Finiquito de la Indemnización.

Esta ultima sección la llena el corredor o enlace de la cuenta encargado de darle seguimiento al trámite del Reclamo.

Fecha: _____

Firma Responsable: _____

Nombre: _____