

Importante: Antes de efectuar esta declaración léanse las instrucciones y requisitos en el reverso de la hoja.

1.- Nombres y Apellidos Completos del Difunto con todas sus letras:		<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado																																																
		<input type="checkbox"/> soltero	<input type="checkbox"/> Viudo																																																
2.- Dirección Exacta de Residencia:		Ocupación del difunto:																																																	
3.- Lugar de Muerte:	Fecha de Muerte	Día	Mes																																																
4.- Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento	Día	Mes																																																
5.- Causa de la Muerte: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente																																																			
6.- Si la causa de la Muerte es por Enfermedad, de el diagnóstico y la fecha en que comenzó:																																																			
7.- Si la causa de Muerte es por Homicidio, Suicidio o Accidente describa brevemente lo ocurrido:																																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">Nombre</th> <th style="width:40%;">Dirección</th> <th style="width:30%;">Teléfono</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				Nombre	Dirección	Teléfono																																													
Nombre	Dirección	Teléfono																																																	
8.- Indique los nombres direcciones y teléfonos de por lo menos tres personas que estaban presentes al momento de ocurrir el fallecimiento.																																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">Nombre</th> <th style="width:40%;">Dirección</th> <th style="width:30%;">Teléfono</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				Nombre	Dirección	Teléfono																																													
Nombre	Dirección	Teléfono																																																	
9.- Indicar el nombre y dirección de todos los médicos que asistieron al fallecido y de todos los hospitales o instituciones en donde lo trataron en los últimos cinco años:																																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">Nombre</th> <th style="width:40%;">Dirección</th> <th style="width:30%;">Teléfono</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				Nombre	Dirección	Teléfono																																													
Nombre	Dirección	Teléfono																																																	
Fecha en que el asegurado consultó al Médico para la ultima enfermedad:																																																			
10.- Pólizas que originan esta Reclamación en esta compañía:																																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">No. Póliza</th> <th style="width:15%;">Ramo</th> <th style="width:35%;">Contratante</th> <th style="width:15%;">F.Vencimiento</th> <th style="width:20%;">Suma Asegurada</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				No. Póliza	Ramo	Contratante	F.Vencimiento	Suma Asegurada																																											
No. Póliza	Ramo	Contratante	F.Vencimiento	Suma Asegurada																																															
11.- ¿En que otras compañías y por que montos estaba asegurada la Vida del Difunto?																																																			
12.- Indique información de los beneficiarios que solicitan el derecho de indemnización																																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">Nombre</th> <th style="width:15%;">Parentesco</th> <th style="width:10%;">Edad</th> <th style="width:20%;">Dirección</th> <th style="width:10%;">Teléfono</th> <th style="width:25%;">% Indemnización</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				Nombre	Parentesco	Edad	Dirección	Teléfono	% 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 Aseguradora Hondureña Mundial portador de la copia de este formulario se le brinde información, releven o permitan la inspección de cualquier informe, documento, declaración, análisis de diagnósticos o registro profesional de dicho doctor, clínica hospital o miembro del respectivo personal profesional.

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

INSTRUCCIONES

- 1 La declaración del reclamante debe ejecutarla la persona (o personas) a quién 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 una póliza sea pagada a los representantes legales del asegurado, la declaración debe ejecutarla el administrador legal.
- 4 Cuando una póliza sea pagada a un menor de edad, la declaración debe ejecutarla el cónyuge sobreviviente o tutor.
- 5 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.
- 6 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.
- 7 La Declaración del Médico debe ejecutarla quién asistió al fallecido durante su última enfermedad, firmarla el mismo de su puño y letra y sellarla. Si mas de un médico 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 que el beneficiario sea el cónyuge (de existir).
- 9.- Declaración del médico que asistió en su enfermedad o accidente. (La proporciona la Aseguradora).
- 10.- Si fue atendido en un hospital o clínica al momento de su fallecimiento, presentar Constancia Original firmada y sellada por el Director de la Institución, especificando Diagnóstico, Fecha de Ingreso y Fecha de Muerte.
- 11.- Certificado original de Asegurado para contratos colectivo o la póliza, si es Contrato Individual.

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

- 12.- Certificación de la Inspectoría de Trabajo, en caso de que el accidente ocurra en horas laborables.
- 13.- Certificación de la Autopsia original.
- 14.- Certificación del levantamiento del cadáver original.
- 15.- Constancia de la Dirección General de Investigación Criminal. (D.G.I.C.)
- 16.- Recortes de Periódicos (si los hay).
- 17.- Informe de la parte de Tránsito original en caso que sea Accidente Vehicular.

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.- Formulario de Lavado de Activos cuando sobre pase a US\$ 10,000.00.
- 3.- Finiquito de la Indemnización.

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

Fecha : _____

Firma Responsable _____

Nombre