

<input type="checkbox"/> Colectivo de Vida	<input type="checkbox"/> Vida Individual
<input type="checkbox"/> Saldo Deuda	<input type="checkbox"/> Global Life

## AVISO DE RECLAMACION DE SEGURO DE VIDA

Reclamo N°: \_\_\_\_\_

Póliza N°: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 No. de Identidad \_\_\_\_\_  
 Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Lugar, fecha y hora de fallecimiento: \_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Ocupación del fallecido: \_\_\_\_\_

Causa de la muerte:     Enfermedad     Suicidio     Homicidio     Accidente  
 Si la causa de la muerte es por enfermedad, indique la fecha en que comenzó y el diagnóstico:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Institución hospitalaria donde recibió asistencia médica final el fallecido: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Si la causa de la muerte es por suicidio, homicidio o accidente, describa brevemente lo ocurrido:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Autoridad que hizo el levantamiento del fallecido: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Beneficiario: \_\_\_\_\_  
 Numero de Identidad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Género: F  M:     Estado Civil; Casado:  Soltero:  Viudo:  Separado:  Otro: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Residencia \_\_\_\_\_  
 Municipio. \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Empresa donde Trabaja: \_\_\_\_\_ Ocupación u Oficio \_\_\_\_\_  
 Dirección Laboral: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

Las declaraciones anteriores son verdaderas y hechas de buena fe, no obstante, autorizamos a SEGUROS CREFISA, S.A. para que por medio de su personal o apoderados, concurra a las autoridades civiles y militares, médicos, instituciones hospitalarias, personas naturales y jurídicas para que realice las confirmaciones procedentes e investigaciones relativas a las circunstancias de la muerte del Asegurado y que una vez completadas las pruebas pertinentes y si estas son suficientes a su juicio, liquide el valor de la presente reclamación conforme a derecho.

Lugar y fecha. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma reclamante - beneficiario

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello del contratante

## 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, caso contrario, cada uno deberá completar este formulario.
2. Cuando una póliza sea pagada a los representantes legales del asegurado, la declaración debe ejecutarla el administrador legal.
3. Cuando una póliza sea pagada a un menor de edad, la declaración debe ejecutarla el cónyuge sobreviviente o tutor legal.
4. Cuando una póliza haya sido cedida, la declaración del reclamante debe ejecutarla el cesionario y la copia original de la cesión o certificación original debe serle entregada a la Compañía junto con la póliza al efectuarse el pago de la reclamación.
5. La declaración del médico debe ejecutarla quien asistió al fallecido durante su última enfermedad, firmarla el mismo de su puño y letra y sellarla. Si más de un médico tuvo parte, se debe suministrar una declaración por separado, siempre que así lo exija la Compañía.
6. La Compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

## REQUISITOS BÁSICOS

### **MUERTE NATURAL O ENFERMEDAD:**

1. Aviso de reclamación de seguro de vida debidamente completado con letra molde y legible.
2. Notificación del contratante reportando el siniestro, en caso de ser una póliza colectiva.
3. Acta de defunción original del fallecido.
4. Fotocopia de tarjeta de identidad del fallecido.
5. Acta de certificación de nacimiento original del fallecido.
6. Fotocopia de tarjeta de identidad de los beneficiarios.
7. Acta de Certificación de nacimiento de los beneficiarios.
8. Acta de certificación de matrimonio en caso de que el beneficiario sea el cónyuge.
9. Certificación del médico tratante de la enfermedad o accidente del fallecido.
10. Si fue atendido en un hospital o clínica al momento de su fallecimiento, presentar Constancia Original firmada y sellada por el Medico de la Institución, especificando; Diagnóstico, Fecha de Ingreso y Fecha de Muerte.

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

11. Certificación de la Inspectoría de Trabajo, en caso de que el accidente ocurra en horas laborables. (En caso de Responsabilidad Patronal).
12. Certificación de la Autopsia original de la autoridad competente.
13. Certificación del levantamiento del cadáver original de la autoridad competente.
14. Constancia original del Ministerio Público de la República de Honduras.
15. Recortes de Periódicos (si los hay).
16. Informe de la parte de la Dirección Nacional de Vialidad y Transporte original en caso que sea Accidente Vehicular.
17. Certificado de Defunción autenticado por la Embajada de Honduras en el lugar (país) de fallecimiento y por Relaciones Exteriores o apostillado.

### **Requisito que deberá cumplir cada beneficiario al momento de recibir la indemnización:**

1. Completar el Finiquito de la Indemnización.