



Reclamación por Muerte

Seguro Desgravamen Hipotecario/Vida Crédito

Sección a ser Completada por el Médico Asistente

Apellidos _____ Nombres _____

Fecha del fallecimiento / / Lugar _____
Día Mes Año

Edad al morir _____ Causa de la muerte: Enfermedad Accidente Suicidio Homicidio Otra _____

En caso de enfermedad indique: _____ Fecha en que comenzó / /
Diagnóstico Día Mes Año

En caso de homicidio, suicidio o accidente, describa brevemente el mismo: _____

Fecha / / _____ Nombre del médico _____ Firma y No. De Ejecutur _____
Día Mes Año

Dirección _____

Sección a ser Completada por la Entidad Financiera

Apellidos del prestatario asegurado _____ Nombres _____

Póliza No. _____ Certificado No. _____ Fecha de nacimiento / / Fecha del préstamo / /
Día Mes Año Día Mes Año

Dirección _____ Calle/número _____ Apartamento/edificio _____
Sector/Ciudad Teléfono

Fecha del fallecimiento / / Lugar _____
Día Mes Año

Causa de la muerte: Enfermedad Accidente Suicidio Homicidio Otra _____

Fue causado el fallecimiento por un accidente? Sí No En caso afirmativo explique el mismo _____

Certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender. Convengo en suministrar todos los documentos que exija la Compañía por ser pertinentes a esta reclamación, y convengo también en que tales declaraciones o documentos formarán parte integrante de las pruebas de muerte. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, dispensario, sanatorio a proporcionar a la MAPFRE BHD COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A., o a su representante las informaciones y/o documentos requeridos por esta, respecto al tratamiento, antecedentes y recetas suministradas al difunto.

Fecha / / _____ Nombre de la Entidad Financiera _____ Firma y Sello _____
Día Mes Año

Testigo

Cédula