

Declaración del solicitante de vida individual

Reclamación por Muerte



PARA AGILIZAR EL TRÁMITE DE SU RECLAMACIÓN, RECUERDE:

- Cada beneficiario debe completar la declaración del solicitante - Reclamación por Muerte.
- Ver documentos necesarios para establecer la reclamación por muerte al dorso, según aplique.
- Enviar vía e-mail a: segurodevidacommercial@medicalcardssystem.com

NOMBRE DEL FALLECIDO		NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL:
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE DEFUNCIÓN	NÚMERO DE CONTRATO:
LUGAR DE NACIMIENTO		LUGAR DE DEFUNCIÓN U HOSPITAL (SI APLICA)
*** AVISO ANTIFRAUDE ***		CAUSA DE LA MUERTE
		FECHA EN QUE ENFERMÓ EL FALLECIDO POR LA CONDICIÓN O CAUSA DE LA MUERTE
		EN SU ÚLTIMA ENFERMEDAD, DIGA FECHA CUANDO SE CONSULTÓ AL MÉDICO POR PRIMERA VEZ
		FECHA EN QUE TRABAJÓ O ASISTIÓ A SU TRABAJO POR ÚLTIMA VEZ

ENTRE LOS MÉDICOS VISITADOS O QUE ATENDIERON AL FALLECIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ANTERIORES A SU MUERTE (COMENZANDO CON EL MÁS RECIENTE)

NOMBRE	DIRECCIÓN	ENFERMEDAD	FECHA EN QUE LO ATENDIÓ

ANOTE LOS OTROS SEGUROS VIGENTES DE VIDA O ACCIDENTE DEL FALLECIDO.

COMPANY ASEGURADORA	FECHA DE LA PÓLIZA	CANTIDAD

A MCS LIFE INSURANCE COMPANY DECLARACIÓN

El suscriptor por la presente reclama ser el beneficiario o uno de los beneficiarios del seguro aludido y estar de acuerdo que las declaraciones escritas y affidávit de todos los médicos que atendieron y trataron al asegurado y todos los demás documentos solicitados, según se expresa arriba, constituirán y serán de ahora en adelante parte para "Comprobación de Muerte" y acepta además que la entrega por la MCS LIFE INSURANCE COMPANY de este formulario o de cualesquiera otros suplementando el mismo, no constituirá ni se considerará como una admisión de que había en vigor un seguro sobre la vida del fallecido, ni que renuncie a cualquiera de sus derechos o defensas.

Renuncio expresamente, a nombre propio y de cualquier otra parte que pueda tener o reclamar interés en cualquier póliza otorgada al asegurado, a todas las providencias de ley prohibiendo a cualquier médico o cualquier otra persona que asistió o examinó al asegurado, o a cualquier hospital (incluyendo el Hospital de Veteranos) o sanatorio en el cual el asegurado estuvo recluido, tratado o examinado, a revelar información o conocimiento adquirido al respecto y autorizo el que se suministre toda dicha información a la firma aseguradora arriba mencionada. Una copia fotostática de esta autorización se considerará tan válida como el original.

NOMBRE DEL RECLAMANTE _____	EDAD _____	PARENTESCO _____
DIRECCIÓN _____		
FIRMA DEL RECLAMANTE _____		TELÉFONO (_____) _____

Documentos necesarios para establecer la reclamación por muerte/funeral

1. Completar Formulario de Reclamación por Muerte/Funeral
2. Certificado de Defunción
3. Factura de la funeraria
4. Evidencia de gastos incurridos y pagados