

# 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@medicalcardsystem.com](mailto:segurodevidacommercial@medicalcardsystem.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)	
<p align="center"><b>*** AVISO ANTIFRAUDE ***</b></p> <p>“Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000.00) dólares, ni mayor de diez mil (10,000.00) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años”.</p>		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.			
COMPañía ASEGURADORA	FECHA DE LA PÓLIZA	CANTIDAD	
<p>A MCS LIFE INSURANCE COMPANY DECLARACIÓN</p> <p>El suscribiente 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.</p> <p>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 recluso, 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.</p>			
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