



SEGUROS DEL PACIFICO, S.A.

1ª.Calle Poniente No.3649, Col. Escalón, San Salvador, El Salvador, C.A. Apdo. 05-51
Fax: (503) 283-0802, Tels: 283-0800, 283-0805, 283-0807, 283-0809, 283-0810,
283-0811, 283-0815

DEPARTAMENTO DE RECLAMOS

DOCUMENTACION A PRESENTAR PARA LA RECLAMACION DE UN SEGURO DE VIDA.

- 1- ORIGINAL DE CERTIFICADO
- 2- CARTA DEL CONTRATANTE AVISANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.
- 3- CERTIFICACION DE PARTIDA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO.
- 4- ORIGINAL CERTIFICACION DE PARTIDA DE DEFUNCION.
- 5- FOTOCOPIA D.U.I. DEL FALLECIDO
- 6- CERTIFICACION DE PARTIDAS DE NACIMIENTO DE LOS BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD.
- 7- CERTIFICACION DEL RECONOCIMIENTO MEDICO FORENSE DEL CADAVER O JUICIO EXTENDIDO POR EL POR EL JUEZ.(AUTOPSIA Y RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO)
- 8- CERTIFICACION DE PARTIDA DE DEFUNCION DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL.(SI HA FALLECIDO ALGUN BENEFICIARIO NOMBRADO)
- 9- AUTORIZACION PARA EL COBRO EN CARTA AUTENTICADA O PODER.
- 10- NOMBRAMIENTO DE TUTOR O CURADOR ESPECIAL, EN CASO DE QUE AMBOS PADRES DE LOS BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD HAYAN FALLECIDO.
- 11- D.U.I. DE BENEFICIARIOS (S) MAYORES DE 21 AÑOS DE EDAD O DE SU REPRESENTANTE LEGAL.
- 12- FORMULARIOS QUE TENDRA QUE LLENAR PARA EL TRAMITE DE COBRO:
 - a)DECLARACION No.1 (Debe ser llenada por cada beneficiario o su Representante Legal)
 - b)DECLARACION No.2 (Debe ser llenada por el médico que atendió al asegurado)
 - c)DECLARACION No.3 (Debe ser llenada por un amigo del fallecido o compañero de trabajo)
 - d)DECLARACION No.4 (Debe ser llenada por un pariente del fallecido solo en caso de que la muerte no se deba a enfermedad)
- 13- OTROS DOCUMENTOS

RECLAMO POR FALLECIMIENTO

Presentado a la Compañía "Seguros del Pacifico, S.A." de San Salvador

1. Nombre y apellido del Asegurado con todas sus letras	_____
2. Residencia	_____
3. Ocupación cuando falleció	_____
4. Lugar de nacimiento	_____
5. Fecha de nacimiento	_____
6. Fecha en que principió la enfermedad	_____
7. Nombre de los Médicos que lo asistieron en su enfermedad	_____
8. Fecha y hora del fallecimiento	_____
9. Lugar del fallecimiento	_____
10. Fue el Asegurado hospitalizado para recibir tratamiento?	_____
11. En qué otras Compañías y por qué sumas estaba asegurada la vida el fallecido?	_____
12. Con qué carácter reclama Ud. el pago de la Póliza?	_____
13. Desea Ud. que el pago se haga de acuerdo con una de las opciones de la Póliza, o al Contado?	_____
14. Tiene Ud. conocimiento de la existencia de testamento del Asegurado que cambie la designación de beneficiarios o la forma de pago de la Póliza?	_____

Las declaraciones anteriores son verdaderas y las he hecho de buena fé; por consiguiente, pido a la Compañía SEGUROS DEL PACIFICO, S.A. que una vez completadas la pruebas del fallecimiento y si éstas son suficientes, liquide la Póliza en referencia por el valor a que tengo derecho.

Fechado en _____, el ____ de _____ de _____.

TELEFONO _____

F). _____ (Dirección)

Nombre: _____

HAGO CONSTAR: que este documento ha sido firmado en mi presencia por la persona que ha llenado este formulario, a quién conozco personalmente.

(Nombre del Testigo)

(Firma del Testigo) No. D.U.I.

IMPORTANTE: Las declaraciones a que se refiere este formulario deben hacerlas el o los Beneficiarios Nombrados en la Póliza o sus Representantes legales, a quienes recomendamos tratar directamente con la Compañía para obtener el pago.

INSTRUCCIONES

- 1°. Las declaraciones contenidas al frente de este formulario deben ser hechas por el o los Beneficiarios nombrados en la Póliza.
- 2°. Cuando el Beneficiario o los Beneficiarios sean menores de edad, el reclamo deberá ser presentado por el Representante Legal. En este caso deben presentarse las partidas de nacimiento de los menores.
- 3°. Cuando los Beneficiarios menores de edad sean huérfanos de padre y madre, el reclamo deberá presentarlo el tutor legalmente nombrado.

Para solicitar el nombramiento de TUTOR deben presentarse al Juez de Primera Instancia respectivo con la partida de nacimiento del menor o menores y la de defunción de sus padres, pidiendo la designación de un Tutor. En caso de Tutor Testamentario deberá presentar testimonio de la Escritura Pública del testamento. El pago se hará cuando se obtenga el nombramiento de Tutor Definitivo otorgado por el Juez respectivo.

En caso necesario se podrá acudir a la Procuraduría General de Pobres para que se designe un Agente Auxiliar que siga todas las diligencias.

- 4°. Cuando el Beneficiario o uno de los Beneficiarios nombrados en la Póliza hubiere fallecido, deberá presentarse la partida de defunción de éste.
- 5°. Las pruebas de fallecimiento del Asegurado comprenden los siguientes documentos:
 - a)- La presente declaración hecha por el Beneficiario o Beneficiarios;
 - b)- Una declaración del Médico o Médicos que asistieron al Asegurado en su última enfermedad;
 - c)- Declaración de una persona mayor de edad que conoció al Asegurado en vida y se enteró de su fallecimiento.
 - d)- Certificación de la partida de nacimiento del Asegurado y en su defecto certificación de la Fe de Bautismo; (Si la edad hubiese sido comprobada con anterioridad no es necesario presentar este documento).
 - e)- Certificación de la partida de defunción;
 - f)- Los demás documentos que la Compañía requiera para completar las pruebas.

LA COMPAÑÍA EFECTUARA EL PAGO DEL RECLAMO CUANDO LAS PRUEBAS DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE HAYAN COMPLETADO Y QUE ESTAS SEAN SUFICIENTES A SU JUICIO.

NOTA: Si Ud. Tiene dificultades para obtener algún documento de los solicitados, hágalo de nuestro Conocimiento sin pérdida de tiempo, para indicarle lo que debe hacer.

11. Qué otras enfermedades, aparte de las anotadas en el cuadro anterior, padeció el finado? (Dar detalles En el cuadro siguiente).

Enfermedad	Fecha	Duración del tratamiento	Gravedad	Secuelas

12-Cual fue la causa principal de la muerte? _____

13-Cuánto tiempo estima Ud. que duró el padecimiento que causó la muerte? _____

14-Existieron otros factores que contribuyeron a causar la muerte? (Dar amplios detalles) _____

15-Sabe Ud. si el finado tuvo el hábito de las bebidas alcohólicas o de narcóticos? (Dar amplio detalles)

16-Hubo alguna investigación oficial de la causa de la muerte, o autopsia? (Dar amplios detalles)

17-Qué otros médicos atendieron al finado en su última enfermedad? (Dar nombres y dirección)

DATOS ADICIONALES _____

Fecha en _____ el día _____ de _____ de _____

(Nombre completo del Médico)

(Firma)

Sello.



PRUEBAS DEL FALLECIMIENTO

RELACIONADAS CON EL FALLECIMIENTO DE: _____
 Asegurado en la Compañía "Seguros del Pacifico, S.A."

1- Nombre y apellido del fallecido con todas sus letras	_____
2- Residencia	_____
3-Cuál fue su ocupación?	_____
4- Por cuánto tiempo le conoció Ud.?	_____
5- En qué fecha falleció?	_____
6- A qué causa o enfermedad cree se debió su muerte?	_____
7- Qué médicos supo Ud. que le atendieron?	_____
8- Cuánto tiempo estima Ud. que duró la enfermedad?	_____
9- Vio Ud. el cadáver?	_____
10- Le consta a Ud. que el cadáver era el de la persona Indicada por Ud. como fallecida?	_____
11- En qué cementerio se hizo la inhumación:	_____

Las declaraciones anteriores son verdaderas y hechas por mi de buena fe y hago constar que no tengo interés directo ni indirecto en el pago de la Póliza.

Fecha en _____ el ____ de _____ de _____.

Nombre del informante _____

Dirección _____ Teléfono No. _____

Firma _____

D.U.I. No. _____

NOTA IMPORTANTE: Las declaraciones a que se refiere este formulario, debe hacerlas una persona mayor de edad y de responsabilidad, que haya conocido ampliamente al asegurado y QUE NO TENGA INTERES DIRECTO NI INDIRECTO EN EL PAGO DE LA POLIZA.



CAUSAS DEL FALLECIMIENTO

Nombre del Fallecido: _____

1) Favor describir ampliamente como ocurrió el fallecimiento del Asegurado:

2) Sabe Ud. Si el Asegurado había ingerido bebidas alcohólicas antes de su fallecimiento?

3) Participó en alguna riña o discusión al momento de su muerte?

4.)Murió a consecuencia de una Accidente de Trabajo?

F.) _____

NOMBRE: _____

D.U.I. _____