

## DECLARACIÓN DE FALLECIMIENTO

1 Este formulario deberá ser completado y firmado por el o los beneficiarios nombrados en la Póliza de Seguro. A quienes se les recomienda traten directamente con Seguros LAFISE Honduras S.A., todo lo relativo a este pago, no siendo necesario que incurra en gastos y demoras que ocasionan por terceros.

2 El servicio que le proporcionen en el trámite del siniestro, no causa honorarios por ningún concepto, por lo que no deberá efectuar ningún pago a representantes de "Seguros LAFISE Honduras S.A."

N° de Póliza	Suma asegurada:	Nombre y apellido completo del asegurado:			Edad	
		N° de identidad:		N° de Seguro Social:		
Domicilio exacto de residencia del fallecido:	Fecha de nacimiento	de	Lugar de Nacimiento:	N° de expediente de:		
				IHSS		
				Hospital		
				O Centro Asistencial		
Lugar del fallecimiento:	Fecha de fallecimiento:			Ultima ocupación:		
Causas de la muerte:			Fecha en que iniciaron los síntomas o signos del padecimiento.			
<b>Datos de los Médicos que lo atendieron:</b>						
Nombre completo de los Médicos	Hospital o Centro Asistencial.	Dirección de domicilio	de	Teléfono	Fecha de consulta	Diagnostico

<b>Beneficiario:</b>	<b>Dirección y teléfono:</b>	<b>Firma:</b>

**HACEMOS CONSTAR QUE ESTE DOCUMENTO HA SIDO LLENADO Y FIRMADO POR LAS PERSONAS QUE LO SUSCRIBEN.**

<b>Nombre de los testigos</b>	<b>Dirección</b>	<b>firma</b>

Fechado en: \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Autorizo a médicos y hospitales donde fue atendido el asegurado que otorgue a "Seguros LAFISE, SA." Todos los informes que se refieran a la salud de este, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Así mismo certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, en caso de comprobarse falsa declaración, el asegurado o Beneficiario(s) queda(n) privado(s) de todo derecho a indemnización.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
N° DE IDENTIDAD

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
N° DE IDENTIDAD

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO

- Documentos a adjuntar:
1. Formulario de reclamación.
  2. Tarjeta de identidad del beneficiario. Si es menor de edad el beneficiario partida de nacimiento y tarjeta de identidad del tutor legal.
  3. Certificado de defunción Original.
  4. Certificación de autoridad competente en caso de fallecimiento por causas fatales.
  5. Certificado médico del último médico tratante u hospital.
  6. Adjuntar póliza o certificado de seguro.