

# FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE FALLECIMIENTO

Tipo de Persona:  Natural  Jurídica  Comerciante Individual

## Para Uso Exclusivo de la Aseguradora

Tipo Relación/Rol:  Contratante  Afianzado  Asegurado  Acreedor  Reasegurador  Intermediario  
 Beneficiario  Apoderado  Proveedor  Corredor de Reaseguro  Otro. \_\_\_\_\_

ID Cliente  Categoría Riesgo   
 ID Acreedor  Categoría Riesgo   
 No. Trámite  No. Sinistro  No. Póliza

## 1. Datos Personales del Asegurado Fallecido

Apellidos  Nombres   
 No. Identificación  No. R.T.N.   
 Tipo Identificación:  Cédula  Pasaporte  Residencia No. Seguro Social   
**Dirección de Domicilio**  
 Barrio / Colonia  Avenida  Calle   
 Bloque No.  Casa / Edificio No.  Municipio   
 Departamento  País   
 Otras referencias de la dirección \_\_\_\_\_  
**Información Adicional**  
 Fecha de Nacimiento  Edad   
 Lugar de Nacimiento

## 2. Datos del Fallecimiento

Lugar   
 Fecha   
**No. De Expediente de:**  
 IHSS  Ocupación   
 Hospital   
 Centro Medico   
 Causa de la Muerte \_\_\_\_\_  
**Información de los síntomas o signos del padecimiento**  
 Fecha de Inicio  Lugar de Atención

## 3. Datos del Medico que atendió al Asegurado

Nombre Completo	Hospital o Clínica	Contacto	Diagnostico	Fecha de Consulta

## 4. Datos del(los) Beneficiario(s)

Nombre Completo	Dirección	Correo Electrónico	Teléfono	Parentesco

**Autorizo a médicos y hospitales donde fue atendido el asegurado que otorgue a Seguros LAFISE, S.A. 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 de esta autorización tiene el mismo Valor que el original. Así mismo certifico que las declaraciones 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 de indemnización.**

Documentos a adjuntar:

1. Formulario de Reclamación
2. Tarjeta de identidad del Beneficiario, en caso de ser menor de edad, partida de nacimiento e identidad del tutor legal debidamente comprobado
3. Certificado de defunción original
4. Certificación de la autoridad competente en caso de que la muerte sea por causas fatales
5. Certificado medico del ultimo medico tratante
6. Póliza o certificado de seguro

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del(los) Beneficiario(s): \_\_\_\_\_

Firma del Tutor Legal: \_\_\_\_\_