



San Pedro Sula, Tel.+(504)2540-0016
Tegucigalpa M.D.C., Tel.+(504) 2239-9446
www.segcon.hn

RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN EN EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL, COLECTIVA O DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

DECLARACIÓN No. 1

Presentada por _____
a **SEGUROS CONTINENTAL, S.A.**, domiciliada en San Pedro Sula, Cortes, Honduras, C.A., en relación con la(s) Pólizas
No.(s) _____
Emitida (s) el _____
Por un Total de L. _____

1. Nombre y Apellidos completos del Asegurado:
2. Contratante del Seguro:
3. Residencia Actual:
4. Ocupación cuando falleció:
5. Lugar de nacimiento:
6. Fecha de nacimiento:
7. Causa original del fallecimiento:
8. Causa inmediata del fallecimiento:
9. Fecha en que comenzó la enfermedad:
10. Nombre de los médicos que lo asistieron en su enfermedad:
11. Fecha y hora del fallecimiento:
12. Lugar del fallecimiento:
13. ¿Fue el Asegurado hospitalizado alguna vez para recibir tratamiento?:
14. ¿En qué otras compañías y porque sumas estaba asegurada la vida del finado?:
15. ¿Con que carácter reclama Ud., el pago de la Póliza?:
16. ¿Desea Ud. Que el pago se haga de acuerdo con una de las opciones de la Póliza, o al Contado?:

Las declaraciones anteriores son verdaderas y las he hecho de buena fe; por consiguiente, pido a SEGUROS CONTINENTAL, S.A., que una vez completadas las pruebas del fallecimiento, liquide la(s) Póliza(s) de referencia por su valor, conforme a derecho.

Firma del Beneficiario

Dirección

CERTIFICO: Que este documento ha sido en mi presencia por:

_____ a quien doy fe de conocer.

Nombre Notario Público

Firma y Sello

IMPORTANTE: Las declaraciones a que se refiere este formulario deben hacerlas los beneficiarios nombrados en la póliza a sus representantes legales, a quienes recomiendo tratar directamente con la compañía, o por medio del contratante en caso de ser un Seguro Colectivo.

Véase Instrucciones en la siguiente página...

INSTRUCCIONES

- 1.- Las declaraciones contenidas al frente de este formulario deben ser hechas por los beneficiarios nombrados en la Póliza.
- 2.- Si en la Póliza hay nombrados más de un beneficiario, éstos pueden presentar su reclamación a la Compañía en conjunto o por separado.
- 3.- Cuando los beneficiarios sean menores de edad, la reclamación deberá ser presentada por el padre, o en su defecto, por la madre, y en estos casos deben presentarse las partidas de nacimiento de los menores.
- 4.- Cuando los beneficiarios menores de edad sean huérfanos de padre y madre, la reclamación deberá presentarla el representante legalmente nombrado, o designado en la Póliza.
- 5.- Cuando alguno de los beneficiarios nombrados en la Póliza hubiere fallecido, deberá presentarse la partida de defunción de este.
- 6.- Las pruebas de fallecimiento del Asegurado comprenden las siguientes documentos:
 - a) La presente declaración hecha por los beneficiarios;
 - b) Una declaración certificada del o los médicos que asistieron al Asegurado en su última enfermedad indicando las causas de la muerte.
 - c) Copia Cedula de Identidad del Asegurado y el Beneficiarios.
 - d) Certificación de la partida de defunción.
 - e) En Caso de Muerte Violenta (Homicidio, Suicidio, Accidente) agregar: Informe Original de Autoridad Competente (Ministerio Público/D.N.I.C./D.N.T.) que certifique la manera de muerte.

LA COMPAÑÍA AFECTUARA EL PAGO DE LA RECLAMACION CUANDO LAS PRUEBAS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE HAYAN COMPLETADO.

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.

Aprobado por el Poder Ejecutivo mediante Acuerdo No. L.388/88 de fecha 23 de Junio de 1988.