Seguros Continental
De la mano contigo

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL O COLECTIVO

La solicitud deberá ser completada y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni machones.

En caso de que la solicitud sea por incapacidad, omitir la palabra fallecimiento e indicar la información correspondiente a la causa de la incapacidad.

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. _____

A. DATOS DEL ASEGURADO

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Contratante del seguro	Fecha de nacimiento Día | Mes | Año	Sexo M ◎ F ◎	Nacionalidad

Residencial actual	ocupación cuando falleció
Fecha en que comenzó la enfermedad (si aplica)	Nombre de los médicos que lo asistieron
Causa original del fallecimiento	Causa inmediata del fallecimiento
Fecha y hora del Fallecimiento Día | Mes | Año Hora _____:_____ ◎ a.m. ◎ p.m.	Lugar del fallecimiento
¿Fue hospitalizado durante su enfermedad? (Sí/No. En caso afirmativo, indique el centro hospitalario)	¿En qué otras compañías estaba asegurada la vida del fallecido? 1 | 2
¿Con qué carácter reclama el pago de la póliza? (Beneficiario, heredero, representante legal, etc.)	Forma de pago solicitada (según 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 beneficiaros 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 Documento de Identificación Nacional (D.N.I) del Asegurado y de Beneficiarios.**
d. **Certificación de la partida de defunción.**
e. **Cualquier otro documento que la compañía considere pertinente para brindar resolución al reclamo.**

LA COMPAÑÍA AFECTUARA EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN 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.