

¿Hay más beneficiarios? SI NO

En caso de ser si, por favor proveer la siguiente información de contacto:

NOMBRE COMPLETO	NÚMERO DE TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	PARENTESCO CON EL DIFUNTO

INFORMACIÓN MÉDICA

Causa del fallecimiento: _____

Fecha de la primera consulta del difunto con un médico por su última enfermedad: | |
mm dd aaaa

Nombres y direcciones de todos los médicos que trataron al difunto y de todos los hospitales o instituciones donde el asegurado fue tratado durante los últimos cinco años: (adjuntar páginas adicionales, si fuera necesario)

NOMBRE DEL MEDICO U HOSPITAL	CORREO ELECTRONICO	FECHAS DE TRATAMIENTO	TIPO DE ENFERMEDAD

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

(Completar solamente si la pérdida es resultado de una lesión accidental)

Cuando ocurrió el accidente (Ciudad/Estado)? _____

Fecha del accidente | |
 mm dd aaaa

Describa en detalle como ocurrió el accidente:

Nombre y dirección de la agencia gubernamental que participo (por favor proporcionar una copia del Reporte de Accidente Policiaco). _____

¿Se realizo autopsia? SI NO

En caso afirmativo, proporcionar nombre/dirección/ teléfono de la persona que realizo la autopsia.

Resultado de la autopsia: _____

Comentarios Adicionales:

HOMICIDIO

Solo completar en caso de que la muerte fue causa por homicidio.

Motivo: _____ Arresto: SI NO

Sospechosos (dar nombres, si se conocen): _____

Testigos (dar nombres, direcciones y teléfonos): _____

Agencia o Funcionario Investigador: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

DECLARACION DEL MEDICO

Debe ser completada por el médico que atendió al fallecido durante su última enfermedad

Nombre del fallecido: _____

Causa del fallecimiento: _____

Fecha de la primera consulta del difunto por su última enfermedad: _____
mm dd aaaa

Fecha de inicio de los síntomas: _____ Fecha del último ingreso al hospital: _____
mm dd aaaa mm dd aaaa

Causa de la enfermedad, condiciones médicas subyacentes u otros factores de riesgo:

Nombres y direcciones de todos los médicos que atendieron al difunto y de todos los hospitales o instituciones donde el asegurado fue tratado durante los últimos cinco años: (adjuntar páginas adicionales, si fuera necesario)

NOMBRE DEL MEDICO U HOSPITAL	CORREO ELECTRONICO	FECHA DESDE	FECHA HASTA	DIAGNOSTICO O LESION

ANTECEDENTES MEDICOS

Fecha de la primera consulta del fallecido: (por motivos relacionados o no relacionados con su ultima enfermedad) _____
mm dd aaaa

Motivo de la primera consulta: _____

Otros diagnósticos por los cuales atendió al fallecido: _____

¿Tuvo el fallecido antecedentes de abuso de alcohol o drogas? SI NO

En caso afirmativo, favor dar detalles: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre completo: _____ Número de Cédula: _____

Correo electrónico: _____ Número de Cédula Profesional: _____

Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue atendido el fallecido a que otorguen a Olé Life Insurance Group Corp. I.I. todos los informes que se refieren al mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma es correcta y verdadera y entiendo que cualquier persona que presente información falsa o inexacta es culpable de un delito y sujeto a las sanciones correspondientes.

Firma del Medico: _____ Fecha: _____
mm dd aaaa

INFORMACIÓN DE SERVICIOS FUNERARIOS

Nombre del fallecido: _____ Fecha de Fallecimiento: _____
mm dd aaaa

Ciudad/Estado/País donde la muerte ocurrió: _____

Por medio de la presente certifico que soy director de la funeraria autorizado y he llevado la preparación del cuerpo de la persona nombrada arriba mencionada. Entiendo que esta declaración será usada en relación con la reclamación de beneficio por fallecimiento hecha a Olé Insurance Group Corp. I.I.

Nombre y Dirección de la Compañía Funeraria: _____

Firma del director de la Funeraria o Representante Autorizado: _____

Fecha: _____
mm dd aaaa

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Certifico que las declaraciones anteriores son ciertas y verdaderas según mi leal saber y entender. Autorizo a los médicos y hospitales donde fue atendido el Asegurado a que otorguen a Olé Insurance Group Corp. I.I. los informes médicos, expedientes e historial médico soliciten (mismos que pueden incluir padecimientos anteriores del Asegurado), con el propósito de que puedan llevar a cabo la evaluación de reclamación.

Firma del Reclamante/Beneficiario: _____ Fecha: _____
mm dd aaaa

En caso de que el Beneficiario no sea pariente del fallecido, la autorización para el acceso a los informes médicos, expedientes e historial médico en términos del párrafo anterior es otorgada por:

Nombre completo: _____ Relación de Parentesco: _____

Firma: _____ Fecha: _____
mm dd aaaa

Aviso: Toda persona que, conscientemente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa podrá ser culpada de fraude de seguros y sujeta a sanciones civiles y penales.

INFORMACIÓN BANCARIA DEL BENEFICIARIO

Nombre del Titular de la cuenta: _____

Nombre del Banco: _____

Dirección del Banco: _____

No de Teléfono del banco: _____

SWIFT/ABA: _____

Numero de Cuenta _____

Tipo de Cuenta (Ahorros/Cheque): _____

Favor incluir los siguientes documentos:

1. Copia certificada del certificado/acta de defunción debidamente apostillada.
2. Copia del expediente médico de la última hospitalización.
3. Copia del historial medico completo del medico de cabecera o familiar.
4. En caso de Muerte por causa Violenta:
 - a. Enviar copia certificada del reporte de tránsito y/o policía.
 - b. Copia certificada del reporte de autopsia.
5. Copia de Obituarios.
6. Copia de la cédula de identidad del asegurado
7. Copia de la cédula de identidad del (de los) beneficiario(s)