



INFORME DE RECLAMACION

Plan	N° Póliza	S.A. \$
Contratante / Cooperativa		
Nombre del Asegurado		
Lugar y fecha de nacimiento		Edad:
Dirección		
Reclamo por	Fallecimiento <input type="checkbox"/>	ITP <input type="checkbox"/> Desmembramiento <input type="checkbox"/>
Causa	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/>
	Suicidio <input type="checkbox"/>	Otros:
Lugar, Fecha y Hora de Siniestro:		
Causa del Siniestro:		

REQUISITOS INDISPENSABLES QUE DEBE ANEXAR AL PRESENTE INFORME

<u>GENERALES</u>	
Partida de Defunción, original y reciente* (hasta 6 meses de antigüedad a la emisión)	
Partida de Nacimiento, original y reciente aplica también para beneficiarios menores de edad* (hasta 6 meses de antigüedad a la emisión)	
Fotocopia de DUI vigente del Asegurado	
Fotocopia de DUI vigente de Beneficiarios, o de Representante Legal o de Tutor, Curador de Bienes*	
Solicitud Certificado del Seguro según aplique*	
Declaración de Salud, cuando aplique *	
<u>ESPECIFICOS</u>	
<u>Fallecimiento</u>	<u>Desmembramiento / Renta Diaria</u>
Expediente Clínico, según aplique	Para Renta Diaria Aviso de Accidente de Trabajo del Patrono
Copia certificada Parte Policial, Inspección Ocular, Levantamiento de Cadáver, Autopsia, Examen Toxicológico aplica por muerte accidental y/o causa violenta.	Informe Médico sobre la causa del Desmembramiento (ISSS, MINSAL y/o privado)
	Parte Policial (solo en caso de accidente o evento fortuito)
<u>Incapacidad Total y Permanente</u>	<u>Fallecimiento en el Exterior</u>
Dictamen de Entidad competente, Centro Hospitalario, o Médico responsable, debidamente autorizados por la JVPM (Incapacidad Total y Permanente)	Si el fallecimiento ocurre en el extranjero, deberá presentar el documento oficial que certifique la muerte en el país de ocurrencia, con la debida apostille o trámite de legalización de firma, así como, en caso de que corresponda, traducido al castellano conforme el procedimiento establecido en legislación salvadoreña Fotocopia de Pasaporte completo
Expediente Clínico completo por medio de OIR según corresponda ISSS o MINSAL Y/O PRIVADO,	

NOTA:

***Otros que requiera la Aseguradora; Seguros Futuro podrá solicitar documentación adicional para completar el análisis del siniestro, realizándolo por medio escrito y por el canal de comunicación establecido; según lo dispuesto en el Art.1375 y Art. 1376 del Código de Comercio.**

* Requisitos indispensables para el reclamo

DECLARACION DE BENEFICIARIO

Yo, _____, con Número de DUI _____
(Nombre de Asegurado, Beneficiario o Representante Legal)

presento a **SEGUROS FUTURO, A.C. DE R.L.**, Informe de Reclamación en calidad de _____

Las declaraciones anteriores son verdaderas y las he hecho de buena fe; por consiguiente, pido a la **SEGUROS FUTURO, A.C. DE R.L.**, que una vez completadas las pruebas de fallecimiento, y si a su juicio estas son suficientes, liquide la Póliza en referencia por el valor a que tengo derecho.

Fechado en _____, el _____ de _____ de 20_____

Firma: _____

Teléfono: _____

Dirección:

IMPORTANTE: Las declaraciones a que se refiere este formulario deben hacerlas el o los Beneficiarios nombrados en la Póliza o sus representantes legales, a quienes recomendamos tratar directamente con la Aseguradora.

NOTA: Si usted tiene dificultades para obtener algún documento de los solicitados, hágalo de nuestro conocimiento, para indicar lo que debe hacer.

SEGUROS FUTURO, A.C. DE R.L