

Fecha:

DECLARACIÓN DE SINIESTRO



Vida Individual	<input type="checkbox"/>	Vida Colectivo	<input type="checkbox"/>	Protección Vital	<input type="checkbox"/>
N° de Póliza		N° de Certificado		N° de Siniestro	
Datos del Tomador					
Apellidos y Nombres o Razón Social					C.I., N.I.T. o R.I.F.
Datos del Asegurado					
Apellidos y Nombres o Razón Social					C.I., N.I.T. o R.I.F.
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento	Ocupación	
Datos del Siniestro					
En caso de Muerte Natural					
Indique lugar, fecha y hora del siniestro:					
Causa de la Muerte (explique lo más ampliamente posible):					
¿Fue hecha alguna investigación por un médico forense?					
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no					
En caso de Muerte Accidental					
Indique lugar, fecha y hora del siniestro:					
Indique los detalles más importantes de cómo ocurrió el accidente:					
¿Hubo testigos del accidente?					
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no En caso afirmativo, indique nombres completos y teléfonos:					
Autoridades que participaron:					
Documentos requeridos para la reclamación					
En caso de Muerte					
a) Original y fotocopia de Partida de Nacimiento, Cédula de Identidad o Pasaporte del ASEGURADO y de los BENEFICIARIOS.					
b) Póliza Original.					
c) Original y fotocopia del Acta de Defunción del ASEGURADO.					
d) Declaración de Únicos y Universales herederos (en caso de no existir BENEFICIARIOS declarados).					
e) Acta de matrimonio, en caso de que el BENEFICIARIO sea el cónyuge.					
f) Autorización del Tribunal de Protección del Niño, Niña y Adolescente (en caso de existir niños, niñas ó adolescentes como BENEFICIARIOS).					
g) Informe Médico de la causa de fallecimiento del ASEGURADO.					
h) En caso de muerte accidental, se requiere, adicionalmente, un Informe Médico Forense, relativo a la causa y origen de la muerte e informe de las autoridades competentes que intervinieron en el accidente (Tránsito, Cuerpos de Seguridad del Estado).					
i) Original y fotocopia de la Certificación de la Entidad Bancaria del Saldo Deudor (Sólo en caso de Desgravamen Hipotecario).					
j) Certificado de Seguro Original. (Sólo en caso de Vida Colectivo).					
En caso de Enfermedad Grave					
a) Póliza Original.					
b) Fotocopia de la Cédula de Identidad o Partida de Nacimiento del ASEGURADO y de los BENEFICIARIOS.					
c) Informe médico, que indique el tipo de enfermedad o lesión en cuestión.					
d) Resultados de todos los exámenes practicados.					
e) Información clínica, radióloga históloga y de laboratorio.					
f) Cualquier otro tipo de informe médico, resultados de exámenes y otros documentos justificativos del estado de salud y condiciones físicas del ASEGURADO.					
Datos del Declarante					
Apellidos y Nombres o Razón Social					C.I., N.I.T. o R.I.F.
Dirección y Teléfonos					
Parentesco con el Asegurado					

Firma del Declarante

Seguros La Vitalicia