

Número de Pólizas en esta Compañía	Suma Asegurada

1. Datos del Asegurado

Nombre completo del difunto: _____ Sexo: F M
 Cédula/Pasaporte: _____ N° de Seguro Social: _____
 Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unido
 Fecha y lugar de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Lugar: _____
 Dirección residencial: _____
 Profesión u oficio al ocurrir el fallecimiento: _____

2. Datos del Reclamo

Fecha y lugar de fallecimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Lugar: _____
 Diagnóstico por el cual fallece el asegurado: _____
 ¿Cuánto consultó el asegurado al médico por primera vez? Fecha : Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 ¿Cuál fue el diagnóstico por el que el asegurado consultó al médico por primera vez? _____
 ¿Qué otras enfermedades padeció el asegurado? _____
 Duración de su última enfermedad: _____ ¿Estuvo el asegurado hospitalizado? Si No
 En caso afirmativo, indique nombre del Hospital y fecha de hospitalización: _____
 Detalle la última enfermedad del asegurado, según su conocimiento: _____
 Nombre y dirección del médico de cabecera que ha atendido al asegurado: _____
 Nombre y dirección de todos los médicos que han atendido al asegurado: _____

Nombre	Dirección	Fecha	Hospital	Enfermedad o Condición

¿En que otras compañías, y por qué sumas estaba asegurada la vida del fallecido?

Compañía	Fecha de la póliza	Suma del Seguro

¿Tuvo lugar alguna investigación policial? Si No **En caso afirmativo favor adjuntar copia de la investigación**

3. Datos del Reclamante

Nombre completo: _____
 Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Número de cédula: _____
 Tipo de Beneficiario: Principal Contingente Administrador

El infrascrito hace reclamo del seguro a ASSA Compañía de Seguros, S.A. y conviene en que las declaraciones y certificaciones por escrito de los médicos que asistieron o atendieron al fallecido, y todos los demás documentos exigidos por las instrucciones del presente, formarán parte de las pruebas de fallecimiento, y conviene además en que el suministro de este formulario o de cualquiera otros formularios suplementarios del mismo, por dicha Compañía, no constituirán ni se considerarán como admisión por parte de ella de que estaba vigente cualquier seguro sobre la vida en cuestión, ni como renuncia de cualquiera de sus derechos o defensas.

“Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros (“ASSA”) para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá.”

Firma: _____ Fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____