

| 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: