

I. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Estimado beneficiario tomar nota que para evitar demoras innecesarias al momento de solicitar la reclamación es indispensable la siguiente información, se le agradece completar con letra clara:

Tipo de reclamo: Seguro de vida Gastos funerarios Desmembración Otros

Nombre del contratante: _____

Si marcó la casilla otros, especificar: _____ Póliza: _____ Monto reclamado: Q _____

II. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado: _____

Profesión u Oficio: _____ DPI: _____ Edad al momento del suceso: _____

Lugar de nacimiento: _____ fecha de nacimiento: dd mm aaaa

Sexo: M F Estado civil: _____ Nombre de conyugue o conviviente: _____

Tiene conocimiento de matrimonios anteriores del asegurado? Si No

III. INFORMACIÓN DEL SUCESO

Lugar y fecha: _____

Causa del deceso: a) _____ b) _____
c) _____ d) _____

Fecha de la ocurrencia: dd mm aaaa Hora: _____ Nombre del médico que emitió el informe de defunción o diagnóstico médico: _____

No. De colegiado: _____ El asegurado ¿Poseía alguna enfermedad o adicción? Si No De ser afirmativa la respuesta especifique: _____

Fecha en la que se detectó: dd mm aaaa ¿Poseía algún tratamiento para mitigar la enfermedad o adicción? Si No Nombre del médico tratante o especialista: _____

No. De colegiado: _____ ¿El asegurado se encontraba dentro de servicio? Si No
Campo exclusivo para asegurados de PNC

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE BENEFICIARIOS

Fecha en la que se enteró (enteraron) del beneficio del seguro: dd mm aaaa ¿Otorgó testamento el asegurado? Si No

¿Indicar si inicio las diligencias voluntarias de proceso sucesorio testamentario? Si No

¿El asegurado poseía seguro de vida en otras aseguradoras? Si No En caso de ser afirmativo, por favor llenar los siguientes campos: Nombre de la compañía: _____

Fecha de emisión del seguro: dd mm aaaa Valor adquirido: Q. _____ ¿Se designó mandatario? Si No

De ser afirmativa la respuesta, indique lo siguiente: Nombre de mandante (es): a) _____ b) _____

Nombre de mandatario (os): a) _____ b) _____

¿Requirió testigo que firmara ruego? Si No De ser afirmativa la respuesta, indique lo siguiente: Nombre de los beneficiarios: a) _____

b) _____ c) _____

Nombre de las personas que firmaron a ruego a) _____ b) _____ c) _____

V. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Números de teléfonos: a) _____ b) _____ c) _____

Dirección de correo electrónico: a) _____ b) _____

Dirección de residencia de (los) beneficiario (os):
 a) _____ b) _____

Por la presente se notifica al Departamento de Seguros y Previsión de El Crédito Hipotecario Nacional de Guatemala, el descenso de la persona cuya vida estaba asegurada en la citada póliza y convenio (convenimos) en que las manifestaciones escritas y las declaraciones juradas de los médicos que asistieron o trataron al ahora fallecido, así como todos los demás documentos que exija el Departamento de Seguros y Previsión de El Crédito Hipotecario Nacional de Guatemala, constituirán y por la presente vienen a formar parte de estas pruebas de defunción. Además convenio (convenimos) en que el Departamento de Seguros y Previsión de El Crédito Hipotecario Nacional de Guatemala, al facilitar éste o cualquier otro formulario, no cede ninguno de sus derechos o recursos legales, y en que podrá considerarse que dicho departamento al colaborar así admite que haya algún seguro en vigor sobre la vida en cuestión.

| Nombres de los beneficiarios | DPI | Edad | Parentesco | Firma |
|------------------------------|-------|-------|------------|-------|
| a) _____ _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| b) _____ _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| c) _____ _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| d) _____ _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| e) _____ _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

| Nombre de mandatario | DPI | Edad | Firma |
|----------------------|-------|-------|-------|
| a) _____ | _____ | _____ | _____ |
| b) _____ | _____ | _____ | _____ |

| Nombre de la persona que firma a ruego | DPI | Edad | Firma |
|--|-------|-------|-------|
| a) _____ | _____ | _____ | _____ |
| b) _____ | _____ | _____ | _____ |

Lugar y fecha de la solicitud: _____

| |
|-----------------------|
| Fecha de presentación |
| |