

Vida a Termino

Formulario de Reclamo



75 Valencia Avenue, Suite 801
Coral Gables, FL 33134

Parte I Información

Por favor escriba en letra de imprenta. Los formularios serán regresados si todas las preguntas no son contestadas.

Nombre del fallecido		Número de póliza
Fecha de nacimiento del fallecido (Día/Mes/Año)	Fecha del fallecimiento (Día/Mes/Año)	País de nacimiento del fallecido:
Causa de la muerte	Número de identificación, y/o número de pasaporte del fallecido	
Dirección del fallecido	Ciudad	País Código postal
Su relación con el fallecido	Usted reclama este seguro como Beneficiario? Si "no" bajo que capacidad hace usted este reclamo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre completo del reclamante		Fecha de nacimiento del reclamante (Día/Mes/Año)
Número telefónico del reclamante	Empleo	Mobil
Correo electrónico del reclamante (requerido)		
Dirección del reclamante	Ciudad	País Código postal

Beneficiario(s)

Nombre del Beneficiario	Relación	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/	Dirección	Teléfono

Reconocimiento

Certifico que todas mis respuestas en este formulario estan completas y son verdaderas según mi saber y entender.

Firma del beneficiario _____

Nombre (por favor imprima) _____ Correo electrónico _____

Relación con el fallecido _____

Número de identificación, y/o número de pasaporte _____

Parte II Prueba de Fallecimiento

Debe ser completado por un médico licenciado, juez de instrucción, director de la funeraria.

Yo certifico que _____ Con # de indentificación y/o # de pasaporte _____			
Nombrado en la póliza # _____			
Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) _____ / _____ / _____ Esta persona falleció fecha (Día/Mes/Año) _____ / _____ / _____			
Causa principal de la muerte _____			
Imprima nombre: Médico/Juez de instrucción/Director de funeraria		Firma	
Imprima el nombre del testigo		Firma	
Dirección	Ciudad	País	Código postal
Número(s) de teléfono			Sello/Cuño

Instrucciones para someter un reclamo

Por favor envíe adjunto con este formulario (parte 1 & 2) los siguientes documentos al administrador lo antes posible.

- **Certificado de defunción del asegurado**
- **Si el beneficiario es parte del patrimonio:**
 - a) Las cartas de la administración o las cartas del testamento.
- **Si el Beneficiario es una entidad fiduciaria:**
 - a) Si el beneficiario es parte de la herencia
- **Si el beneficiario fallece antes que el asegurado:**
 - a) Copia de la carta de aceptación fiduciaria
 - b) Formulario de declaración jurada de los únicos sobrevivientes completado por un representante de la familia.
- **Si se reclama la muerte por accidente, por favor presente copia de la póliza / accidente, autopsia y de toxicología con cualquier artículos de prensa relacionado accidente, si los informes están disponibles.**

Complete todas las páginas del paquete de reclamos de vida y envíelas vía fax, correo postal o correo electrónico al administrador. La información debe ser enviada por el beneficiario o el representante del beneficiario.

Para enviar su reclamo:

La reclamación de seguro de vida puede ser enviado vía fax, correo postal, o correo electrónico:

MWG International • 75 Valencia Avenue, Suite 801, Coral Gables, FL 33134
Tel: (305)442-0899 • Fax: (305) 442-0961 • Correo electrónico: customerservice@morganwhiteintl.com