

**FORMULARIO PARA LIQUIDACIÓN DEL SEGURO
FALLECIMIENTO NATURAL O ACCIDENTAL**

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Formulario N°1

**CHILENA
CONSOLIDADA**

Miembro de  Zurich Insurance Group

Nombre del reclamante: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Ciudad: _____

- 1 Nombre del contratante de la póliza: _____
- 2 N° de póliza: _____
- 3 Nombre y apellidos del difunto: _____
- 4 Ocupación: _____
- 5 Lugar y Fecha de fallecimiento: _____
- 6 ¿Cuál fue la causa precisa de la muerte? _____
- 7 ¿Cuánto tiempo conoció Ud. al difunto? _____
- 8 ¿Fue su médico asistente o simplemente ocasional? _____
- 9 ¿Cuánto tiempo estuvo tratándolo? _____
- 10 ¿Qué enfermedad provocó esta causa precisa e inmediata de fallecimiento? _____
- 11 ¿Estaba el difunto en conocimiento de la enfermedad que le provocó la muerte? _____
Desde cuándo _____
- 12 ¿Cuándo fue consultado por primera vez por el difunto acerca de las afecciones que fueron la causa directa de su muerte? _____
- 13 En relación con la enfermedad que le causó la muerte, indique cuánto tiempo estuvo el difunto con:
a) Licencia médica: _____
b) sin salir de su casa: _____
c) Imposibilitado de atender sus ocupaciones: _____
- 14 Indique persona y lugar donde se pueda solicitar los antecedentes médicos _____

Nombre del médico: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ I.C.M. (A.G.) _____
Fecha: _____ Firma _____

**Para el cobro del seguro por fallecimiento es
NECESARIO adjuntar los siguientes documentos**

	NATURAL	ACCIDENTAL
1 Formulario reclamo	X	X
2 Certificado de defunción con expresión de causa	X	X
3 Fotocopia Cédula de Identidad	X	X
4 Parte policial		X
5 Protocolo de autopsia		X
6 Otros antecedentes	X	X