

American International Underwriters

American International Plaza
250 Muñoz, 6th Floor
Hato Rey, Puerto Rico 00918-1181
(787) 767-6400

PRUEBA DE PÉRDIDA MUERTE ACCIDENTAL



NOMBRE DEL GRUPO: MASTERCARD INTERNATIONAL

PÓLIZA NÚMERO:

Instrucciones del Tenedor de la Póliza

Con el fin de asegurar el inmediato procesamiento de este reclamo, por favor enviar el formulario de reclamación al beneficiario. Verifique que las secciones A y B estén debidamente completadas y firmadas por el beneficiario.

Devuelva este formulario a la siguiente dirección:

Marsh, Inc.
Attn: Maria E. Cardona
1166 Avenue of the Americas
New York, NY 10036 – USA
Tel: 1-212-345-5010
Fax: 1-212-345-3706

Adicional al formulario de reclamación, es necesario adjuntar los siguientes documentos:

(1) Copia certificada del acta de defunción.

(2) Copia de la declaración de la tarjeta de crédito MASTERCARD, que demuestre el cargo de la totalidad del boleto aéreo.

Todas las preguntas deben ser contestadas en su totalidad. Nos reservamos el derecho de solicitar u obtener información adicional en caso de ser necesaria. Si hay más de un beneficiario, estos deben presentar una sola solicitud o un formulario aparte será suministrado a cada uno de ellos si es requerido.

Sección A: Tarjetahabiente/ Información del reclamante

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TARJETAHABIENTE

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DIFUNTO		RELACIÓN CON EL TARJETAHABIENTE <input type="checkbox"/> EL MISMO <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> HIJO DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTRO	FECHA DE NACIMIENTO DEL DIFUNTO
FECHA EFECTIVA DE LA TARJETA DE CRÉDITO	ESTADO DE LA TARJETA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ACTIVA <input type="checkbox"/> INACTIVA: FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA TARJETA ____/____/____ MES/ DÍA / AÑO		FECHA DEL ACCIDENTE
FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA TARJETA	TIPO DE TARJETA <input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> GOLD <input type="checkbox"/> PLATINUM <input type="checkbox"/> BUSINESS <input type="checkbox"/> CORPORATE <input type="checkbox"/> BUSINESS / CORP MULTI TICKET		

Si el reclamo es efectuado por un dependiente del Tarjetahabiente, complete:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DEPENDIENTE		NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL O IDENTIFICACIÓN	MONTO DE LOS BENEFICIOS	ESTADO CIVIL DEL DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO (FECHA) ____/____/____ MES/ DÍA / AÑO
OCUPACIÓN DEL DEPENDIENTE		NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		



Sección B: Información del Beneficiario

Con el fin de asegurar el inmediato procesamiento de esta solicitud, por favor asegurarse que la siguiente autorización está firmada por el beneficiario. El formato de solicitud completamente diligenciado y firmado, junto con el certificado de defunción debidamente certificado, el reporte de la policía, el reporte de la autopsia y cualquier recorte de prensa deben ser enviados al administrador del seguro.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	RELACIÓN CON EL DIFUNTO	FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO

NOTA: Si algún beneficiario ha fallecido, suministre el certificado de defunción de dicho beneficiario. Si el beneficiario es el heredero del difunto, suministre cartas certificadas de la Administración de Cartas de Testamentos. Si el beneficiario es un menor de edad, suministre cartas certificadas del tutor del heredero menor de edad.

¿CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? (MES/ DÍA/ AÑO)	HORA <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (CIUDAD)

¿CUÁL FUE LA CAUSA DE LA MUERTE?	FECHA DE LA MUERTE (MES/ DÍA/ AÑO) / ADJUNTE COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

¿CUÁNDO APARECIERON POR PRIMERA VEZ LOS SÍNTOMAS DE LA CAUSA DE LA MUERTE?

¿CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? (DESCRIBA DETALLADAMENTE)

LISTE TODOS LOS MÉDICOS Y CIRUJANOS QUE ATENDIERON AL DIFUNTO POR LAS HERIDAS QUE CAUSARON LA MUERTE		
NOMBRE Y DIRECCIÓN	NOMBRE Y DIRECCIÓN	NOMBRE Y DIRECCIÓN

LISTE TODOS LOS MÉDICOS Y CIRUJANOS QUE ATENDIERON AL DIFUNTO DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS (DECLARE TODAS LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS)		
NOMBRE	DIRECCIÓN	ENFERMEDAD

LISTE OTRAS COBERTURAS Y MONTOS DE SEGURO DE FUERZA EN LA VIDA DEL DIFUNTO.			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA EFECTIVA	MONTO DEL SEGURO

ALGUNA VEZ SE ESTABLECIERON PROCESOS DE DIVORCIO POR O EN CONTRA DEL DIFUNTO? SI ES AFIRMATIVO, INDIQUE CUANDO, DONDE Y EL RESULTADO DE LOS MISMOS.

Autorización

Yo, el firmante, autorizo a cualquier hospital, institución médica, médico u otro profesional médico, farmacia, organización de soporte de seguros, agencia gubernamental, grupo tenedor, compañía de seguros, asociación, empleador o administrador de plan de beneficios, para suministrar a la compañía de seguros nombrada en el comienzo de esta solicitud o a sus representantes, cualquier información relacionada con cualquier accidente, herida o enfermedad sufrida, historia médica, o cualquier consulta, prescripción, o tratamiento proveído a la persona cuya muerte, herida o enfermedad o pérdida es la base de este reclamo y copias de todos los archivos del hospital y registros médicos, incluyendo información relacionada con enfermedad mental y uso de drogas y alcohol para determinar la elegibilidad del pago de los beneficios bajo el número de póliza identificada al inicio de la presente solicitud. Adicionalmente autorizo al grupo tenedor administrador del plan de beneficios para proveer a la compañía de seguros nombrada al inicio de esta solicitud, la información financiera y laboral relacionada. Entiendo que esta autorización es válida por el plazo de la cobertura de la póliza identificada al inicio de esta solicitud y que una copia de esta autorización será considerada tan válida como el original de la misma. Así mismo, entiendo que yo o mi autorizado podemos solicitar una copia de esta autorización.

CERTIFICO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES CIERTA Y CORRECTA CON RESPECTO A MIS CONOCIMIENTOS.		
FIRMA DEL BENEFICIARIO, PERSONA AUTORIZADA O PARIENTE MÁS PRÓXIMO		FECHA DE LA DECLARACIÓN (MES/ DÍA / AÑO)
DIRECCIÓN DEL PARIENTE MÁS PRÓXIMO (NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO)	NÚMERO TELEFÓNICO OFICINA ()	NÚMERO TELEFÓNICO CASA ()