PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

SEGURO COLECTIVO
RECLAMACIÓN POR MUERTE
Certificado de Defunción

Nombre del Difunto _____

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

1. a. Fecha de Nacimiento del Asegurado — 1. a. _____ (Día / Mes / Año)
   b. Lugar de Nacimiento — b. _____ (Dirección)

2. a. Fecha de la Muerte — 2. a. _____ (Día / Mes / Año)
   b. Lugar de la Muerte — b. _____ (Dirección)

3. a. Empleo en la fecha de la muerte — 3. a. _____
   b. Ultima fecha trabajada a tiempo completo y salario completo — b. _____

4. a. Causa de la Muerte (Diga los detalles) — 4 a. _____
   b. Duración de la enfermedad — b. _____

5. Nombre y Dirección del médico de cabecera — 5. a. _____ (Médico)
   b. _____ (Dirección)

6. a. Es usted el beneficiario en el certificado — SI NO
   b. Nombre del beneficiario — b. _____
   c. Cédula o ID de identificación — c. _____
   d. Diga su parentesco si hay alguno, con el asegurado — d. _____
   e. Diga su dirección — e. _____ (Dirección)
   f. Diga su fecha de nacimiento — f. _____ (Día / Mes / Año)

7. a. Es usted ciudadano o residente de los Estados Unidos de América? SI NO
   Marque con una "X' la casilla que indique su respuesta

ADJUNTE LA NOTICIA DE LA MUERTE O ORBITUARIO, SI ES OBTENIBLE
(vea las instrucciones en el reverso antes de llenar este modelo)

Beneficiario _____ (Firma) Testigo _____ (Firma)

Fecha _____ Fecha _____

DECLARACION DEL PATRONO

Por este medio se da aviso de la muerte de _____

de _____ (Calle / Ciudad o Pueblo / País)

Empleado de esta Compañía, el cual estaba asegurado bajo el Certificado N° _____

Póliza N° _____ por la cantidad de _____

Y quien entró como empleado en _____

Por este medio garantizamos que dicho seguro estaba en vigor en la fecha de la muerte, y que dicho empleado estuvo en el empleo y en nuestra nómina ininterrumpidamente desde la fecha que el seguro de vida estuvo en vigor hasta la fecha de la muerte, y a nuestro entender y creer, el reclamante ha firmado personalmente esta hoja y es el beneficiario nombrado en dicho certificado y con derecho a los beneficiarios del seguro.

_____
Patrono (diga el nombre de la compañía empleadora)

Fecha _____ Por _____
Firma y Cargo Oficial

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el (los) registros(s) número P14-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.