



IMPORTANTE: Antes de completar esta declaración léanse las instrucciones en el reverso de la hoja

Nombre completo del difunto _____

Estado Civil Casado Soltero Divorciado Viudo

Fecha de Nacimiento Día _____ Mes _____ Año 19 _____

¿Cómo fue obtenida esta fecha? Partida de Nacimiento Otros _____

Lugar de Nacimiento _____

Residencia al momento del fallecimiento _____

Ocupación del difunto _____

Ultima fecha de trabajo _____

Lugar de la muerte _____

Fecha de la muerte Día _____ Mes _____ Año 19 _____

Causa de la muerte _____

Nombre completo del reclamante _____

Parentesco con el difunto _____

Dirección actual _____

Identificación (Cédula de Vecindad) No. de Orden _____ No. de Registro _____

POLIZAS QUE ORIGINARON ESTA RECLAMACION

COMPañIA ASEGURADORA	No. DE POLIZA	FECHA DE CONTRATO	MONTO DE SEGURO

Nombre y dirección de los médicos que asistieron al difunto durante su última enfermedad y durante el último año.

NOMBRE	DIRECCION	FECHA DE ASISTENCIA	ENFERMEDAD

Hago constar que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender. Convengo en suministrar declaraciones de los médicos que asistieron o trataron al fallecido así como los demás documentos que exija la compañía por pertinentes a esta reclamación, y convengo también en que tales declaraciones o documentos deberán por este medio constituir y formar parte integrante de las pruebas de muerte. Al suministrar esta forma e investigar el reclamo, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de cualquier reclamo ni a renunciar a sus derechos por la infracción de cualquiera de las condiciones de la póliza.

FIRMA DEL RECLAMANTE

INFORMACION DE AUTENTICIDAD

Suscrito ANTE MI en la ciudad de _____
a los _____ de mil novecientos _____
por _____ persona de mi
anterior conocimiento quien se identifica con cédula de vecindad No. de Orden _____ y No. de Registro
_____ y quien nuevamente firma ante el notario quien DA FE.

Firma del Reclamante

Firma del Abogado y Notario

Sello

INSTRUCCIONES

La declaración del reclamante debe completarla la persona (o personas) a quien se le debe pagar el seguro. Si hay más de un beneficiario a cada uno se le puede suministrar un formulario en blanco.

Cuando la cantidad del seguro sea pagadera a los representantes legales del asegurado. La declaración debe completarla el albacea o administrador legal. Cuando la cantidad del seguro sea pagadera a un menor de edad, la declaración debe completarla el cónyuge sobreviviente o tutor. Si se desea el pago en forma distinta de una sola cantidad, la compañía le explicará las opciones de liquidación disponibles.

No se aceptan documentos parciales, debe completarse todas las secciones aplicables.

Cuando obtenga todos los documentos autenticados entréguelos para su conveniencia a la compañía aseguradora lo más pronto posible.