

Nombre del Contratante					
Asegurado (fallecido)					
No. De Póliza	Certificado No.	Fecha de recibido	Día	Mes	Año

Para evitar demoras innecesarias en el proceso del reclamo, por favor conteste detalladamente cada pregunta.

1. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado	
Cuál fue la ocupación del fallecido	
Por cuánto tiempo lo conoció	
En qué fecha falleció	
Sabe usted la causa de su muerte	
Si la muerte fue por accidente indique el tipo	
Si la muerte fue por enfermedad supo usted qué médicos le atendieron (indique)	
Cuánto tiempo duró la enfermedad	
Vio usted el cadáver: Sí () No ()	Le consta que el cadáver era de la persona indicada por usted como fallecida: Sí () No ()
En qué cementerio se hizo la inhumación	

DECLARO QUE LOS ANTERIORES DATOS SON VERDADEROS, BRINDADOS DE BUENA FE Y ASEGURO NO TENER INTERÉS DIRECTO EN EL PAGO DEL SINIESTRO

Nombre del informante	
DUI	Teléfono
Dirección	

Firma

Lugar y fecha