

Nombre del Contratante				
No. De Póliza	Fecha de recibido	Día	Mes	Año

1. DATOS GENERALES				
Nombre del Asegurado			Teléfono	
Nombre del Beneficiario Fallecido				
Parentesco	Lugar y Fecha de Nacimiento		Día	Mes
Dirección		Ocupación		

2. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO				
Lugar o dirección donde ocurrió				
Fecha	Día	Mes	Año	Hora
Causa de Fallecimiento: Suicidio () Homicidio () Accidente () Enfermedad ()				
Otro (especifique)				
Explique cómo ocurrió				
Mencione los nombres de médicos y hospitales donde le atendieron				
Si el fallecimiento fue por enfermedad, indique el nombre y la fecha en que comenzó a padecerla				

DECLARO QUE LOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO A ASSA VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS. PARA QUE INVESTIGUE LOS HECHOS MENCIONADOS, SI EXISTIESE FALSEDAD EN LA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR ESTE RECLAMO.

Nombre y Firma de Asegurado o Representante

DUI

Fecha

3. DECLARACIÓN DEL TESTIGO

HAGO CONSTAR QUE ESTE DOCUMENTO HA SIDO FIRMADO EN MI PRESENCIA POR LA PERSONA ARRIBA DETALLADA Y DOY FE QUE TODAS LAS DECLARACIONES ESTÁN AJUSTADAS A LA VERDAD.

Nombre

DUI

Teléfono

Email

Dirección

Firma