

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