

Contratante : _____
 Asegurado (Fallecido) _____

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

1 - DATOS DEL FALLECIDO:

a) Nombre y apellidos completos: _____
 b) Residencia: _____
 c) Ocupación: _____

2 - DATOS DE LA MUERTE:

a) Día (De la semana), Hora y Fecha: _____
 b) ¿Cómo Falleció?: _____
 c) ¿Qué causa le ocasionó la muerte? _____
 _____ ¿En el caso que la causa de la muerte fue por enfermedad, Cuánto tiempo
 padeció dicha enfermedad? _____
 d) Nombre y Dirección de los médicos que le atendieron: _____

3 - DATOS DE IDENTIFICACION:

a) ¿Desde cuándo le conocía usted? _____
 b) ¿Vió usted el cadáver? SI NO ; ¿Era el de la persona indicada por usted como fallecida?:

 c) ¿En qué cementerio y cuándo fué enterrado? _____

Declaro, bajo la gravedad del juramento, que las anteriores respuestas son verdaderas y que no tengo ningún interés económico en el pago del reclamo.

_____, de _____ de _____

Dirección: _____ f.: _____
 Nombre: _____
 Teléfono: _____ DUI: _____

Este formulario deberá ser completado por una persona mayor de edad, que haya conocido ampliamente al fallecido, que no tenga interés económico en el pago del siniestro y que haya visto el cuerpo del occiso. Adjuntar copia de DUI