

# Declaración Jurada del Reclamante en Prueba de Muerte

(Antes de completar este formulario, lea las instrucciones en la hoja adjunta)

## 1. Datos Generales

Nombre completo:

Si fuera una señora casada, haga constar los dos apellidos de soltera:

Estado civil:            Soltero (a)            Casado (a)            Viudo (a)            Divorciado (a)            Otros:

Dirección residencial al morir:

Ocupación del asegurado en la fecha de su fallecimiento:

Última fecha de trabajo:

Fecha de nacimiento del asegurado: Día      Mes      Año      Lugar de nacimiento:

¿Cómo fue obtenida esta fecha?      Partida de nacimiento      Otra fuente      Explicar:

Causa de la muerte:

## 2. Póliza que originan esta reclamación

Cuando cualquier póliza ha (1) estado en vigor menos de dos años, o (2) ha sido rehabilitada dentro de los dos años de la fecha de fallecimiento, se deberá presentar una declaración completa de los médicos que nombrar en la siguiente sección.

Póliza Número	Monto del Seguro

Nombre y dirección de los médicos que asistieron al difunto en su última enfermedad y durante los últimos tres (3) años

Nombre	Dirección	Fecha de asistencia	Enfermedad

Fecha inicial en que el asegurado consultó al médico por su última enfermedad: \_\_\_\_\_

¿En qué otras compañías y por qué cantidades estaba asegurada la vida del difunto? \_\_\_\_\_

Compañía Aseguradora	Número de Póliza	Fecha de la Póliza	Monto del Seguro

Nombre completo del reclamante:

ID No.:

Parentesco con el difunto:

Correo electrónico:

Edad:

¿A título de qué reclama usted este seguro?

Nacionalidad:

Además de la información ya proporcionada, estoy adjuntando los siguientes documentos	Sí	No
a) Partida de nacimiento del asegurado		
b) Partida de defunción del asegurado		
c) ID		
d) Declaración del médico que atendió al asegurado, o certificación del médico forense		
e) Declaración de la funeraria que presentó sus servicios		
f) Otros (detallar): 1)		
2)		
3)		

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 ser pertinentes a esta reclamación, y convengo también 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

Suscrito ante mi en la ciudad \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_  
de dos mil \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ persona de mi anterior conocimiento quien se identifica con ID y quien  
\_\_\_\_\_ nuevamente firma ante el Notario quien Da Fe.

**La siguiente sección, deberá ser llenado únicamente en los casos de pólizas colectivas. Suministrada por el contratante**

Nombre del empleado:	Póliza No.:	Certificado No.:
Fecha de empleo:	Ocupación del asegurado:	
Fecha en que trabajó por última vez las horas completas, con pagos completos:		
Último salario devengado:	Fecha de fallecimiento:	
Lugar de fallecimiento:	Causa de fallecimiento:	

Nombre del Beneficiario	Parentesco	Edad	Monto del Seguro

¿Fue causado el fallecimiento por un accidente de trabajo?	Sí	No
¿Recomienda usted que se pague esta reclamación?		
Observaciones:		
Nombre del contratante:	Fecha:	
Nombre del representante:		

\_\_\_\_\_  
Fecha de resolución