



### I. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE:  LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:   
DIRECCIÓN:  OCUPACIÓN:

### II. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

LUGAR O DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ:  FECHA:  /  /  HORA:   
CAUSA DEL FALLECIMIENTO: SUICIDIO  HOMICIDIO  ACCIDENTE  ENFERMEDAD   
OTRO (ESPECIFIQUE):   
EXPLIQUE CÓMO OCURRIÓ:   
  
MENCIONE LOS NOMBRES DE MÉDICOS Y/U HOSPITALES DONDE FUÉ ATENDIDO:   
  
SI EL FALLECIMIENTO FUÉ POR ENFERMEDAD, ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA EN QUE COMENZÓ A PADECERLA:   
  
EN QUÉ CARÁCTER RECLAMA EL PAGO DE LA PÓLIZA:   
CON QUÉ OTRA COMPAÑÍA ESTABA ASEGURADO:

### III. BENEFICIARIOS

NOMBRE:  EDAD:  DUI:   
DIRECCIÓN:   
 TEL. RESIDENCIA:  TEL. CELULAR:   
NOMBRE:  EDAD:  DUI:   
DIRECCIÓN:   
 TEL. RESIDENCIA:  TEL. CELULAR:   
NOMBRE:  EDAD:  DUI:   
DIRECCIÓN:   
 TEL. RESIDENCIA:  TEL. CELULAR:

DECLARO(AMOS) QUE ESTOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO(AMOS) A MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A. PARA QUE INVESTIGUE LOS HECHOS MENCIONADOS, SI EXISTIESE FALSEDAD EN LA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR ESTE RECLAMO.

F.   
BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE

F.   
BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE

F.   
BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE

### IV. DECLARACIÓN DE TESTIGO

HAGO CONSTAR QUE ESTE DOCUMENTO HA SIDO FIRMADO EN MI PRESENCIA POR LAS PERSONAS MENCIONADAS COMO BENEFICIARIOS Y DOY FE QUE TODAS LAS DECLARACIONES ESTÁN AJUSTADAS A LA VERDAD.

NOMBRE:  F.   
DIRECCIÓN Y TELÉFONO:  TESTIGO