



INDICACIONES

LAS DECLARACIONES A QUE SE REFIERE ESTE FORMULARIO DEBE HACERLAS UNA PERSONA MAYOR DE EDAD Y DE RESPONSABILIDAD, QUE HAYA CONOCIDO AMPLIAMENTE AL ASEGURADO Y QUE NO TENGA INTERÉS DIRECTO EN EL PAGO DEL SINIESTRO.

I. DATOS DEL ASEGURADO

1. NOMBRE DEL ASEGURADO: [input field]

2. CUÁL FUE LA OCUPACIÓN DEL FALLECIDO: [input field]

3. POR CUÁNTO TIEMPO LO CONOCIÓ USTED: [input field]

4. EN QUÉ FECHA FALLECIÓ: [input field] / [input field] / [input field]

5. SABE USTED LA CAUSA DE SU MUERTE: [input field]

6. SI LA MUERTE FUE POR ACCIDENTE INDIQUE EL TIPO: [input field]

7. SI FUE POR ENFERMEDAD SUPO USTED QUE MÉDICOS LE ATENDIERON: [input field]

8. CUÁNTO TIEMPO DURÓ LA ENFERMEDAD: [input field]

9. VIO USTED EL CADÁVER: SI NO

10. LE CONSTA A USTED QUE EL CADÁVER ERA DE LA PERSONA INDICADA POR USTED COMO FALLECIDA: SI NO

11. EN QUÉ CEMENTERIO SE HIZO LA INHUMACIÓN: [input field]

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: [input field]

DIRECCIÓN: [input field]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. [input field] TELÉFONO: [input field]

FIRMA INFORMANTE

LUGAR [input field] DE [input field] DE 20 [input field]