

DECLARACIÓN JURADA DEL RECLAMANTE

IMPORTANTE: Llene completamente este formulario.

PÓLIZA: _____ MONTO: Q. _____

01. Nombre del Reclamante: _____
02. Dirección del Reclamante: _____ Tél. _____
03. Parentesco con el asegurado _____
04. Nombre del representante legal (en caso de préstamo): _____
05. Documento Personal de Identificación –DPI–: _____
06. El reclamante es, tiene parentesco o es asociado a una persona políticamente expuesta: Si _____ No _____
07. Nombre del Asegurado: _____
08. Dirección del Asegurado: _____
09. Lugar y fecha de nacimiento: _____ edad: _____
10. Ocupación del Asegurado: _____
11. Causa de la muerte o Incapacidad: _____
12. Lugar y fecha de Siniestro: _____
13. Nombre del médico y/o institución hospitalaria que lo asistió: _____
14. Nombre (s) de beneficiario (s): _____
- _____

Lugar y fecha: _____

Firma: _____

RECLAMANTE

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 Asegurado así como los demás documentos que exija la compañía por pertinentes a esta reclamación, y convengo también en que tales declaraciones o documentos deberán por este medio constituir y formar parte integrante de las pruebas del siniestro. Al suministrar esta forma e investigar el caso, 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.

AUTENTICA O LEGALIZACIÓN:

Firma: _____

RECLAMANTE