

DECLARACIÓN JURADA DEL RECLAMANTE

IMPORTANTE: Llene completamente este formulario.

PÓLIZA: NO COLOCAR NADA MONTO: Q. NO COLOCAR NADA

Datos del Beneficiario

01. Nombre del Reclamante: CONFORME AL DPI
02. Dirección del Reclamante: DONDE ACTUALMENTE VIVE Tel. NÚMEROS LOCALIZABLES
03. Parentesco con el asegurado PARENTESCO CON EL FALLECIDO
04. Nombre del representante legal (en caso de préstamo): NO COLOCAR NADA
05. Documento Personal de Identificación –DPI–: COLOCAR NÚMERO EXACTAMENTE COMO ESTA ESCRITO EN EL DPI

Datos del Fallecido

06. El reclamante es, tiene parentesco o es asociado a una persona políticamente expuesta: Si ☐ No ☐ **RESPONDER PREGUNTA # 6**
07. Nombre del Asegurado: COLOCAR NOMBRE EXACTAMENTE COMO ESTA ESCRITO EN EL DPI
08. Dirección del Asegurado: DONDE VIVIA ACTUALMENTE
09. Lugar y fecha de nacimiento: COLOCAR DATOS EXACTAMENTE COMO ESTA ESCRITO EN EL DPI edad: EDAD DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
10. Ocupación del Asegurado: EL QUE INDICA EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
11. Causa de la muerte o Incapacidad: COLOCAR CAUSA "A" CONFORME AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
12. Lugar y fecha de Siniestro: EL QUE INDICA EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
13. Nombre del médico y/o institución hospitalaria que lo asistió: SEGÚN CERTIFICADO MÉDICO
14. Nombre (s) de beneficiario (s): NOMBRE DEL BENEFICIARIO

Lugar y fecha: FECHA ACTUALIZADA Firma: CONFORME AL DPI

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:

Si la respuesta fuera afirmativa se deberá llenar el formulario PEP

Firma: CONFORME AL DPI
RECLAMANTE