

- Formulario únicamente para el pago de seguro de Vida Individual
- Esta declaración debe ser completada por una persona mayor de edad, que haya conocido al fallecido y que no tenga interés directo en el pago del siniestro. Adjuntar copia de DUI.

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ocupación
Domicilio			

DATOS DEL FALLECIMIENTO

1. Lugar de fallecimiento _____
2. Porque causa _____
3. En caso de muerte por enfermedad. ¿Cuánto tiempo padeció la misma? _____
4. Si conoce usted los médicos que le atendieron, favor proporcione nombre y dirección de los mismos _____

DATOS DE IDENTIFICACION

5. Desde cuando conoció al fallecido _____
6. Vio usted el cadáver SI NO
7. Le consta a usted que el cadáver era de la persona indicada por usted como fallecida SI NO
8. En que cementerio se hizo la inhumación _____

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son verdaderos y autorizo a FEDECREDITO VIDA, S.A. SEGURO DE PERSONAS, para que investigue los hechos mencionados. La Compañía no estará obligada a pagar este reclamo si existiese falsedad en la información.

Nombre del informante	DUI	Teléfono
-----------------------	-----	----------

Dirección	Firma
-----------	-------