

- 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
-----------	-------