

- Formulario únicamente para el pago de seguro de Vida Colectivo
- 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. Causa del Fallecimiento: \_\_\_\_\_

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. ¿Vió usted el cadáver? SI  NO

7. ¿Le consta que el cadáver era de la persona indicada por usted como fallecida? SI  NO

8. ¿En qué cementerio se hizo la inhumación? \_\_\_\_\_

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

Nombre del Declarante	DUI	Teléfono
Dirección	Firma	