

I. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE: LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN: OCUPACIÓN:

II. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

LUGAR O DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ: FECHA: / / HORA:
CAUSA DEL FALLECIMIENTO: SUICIDIO ☐ HOMICIDIO ☐ ACCIDENTE ☐ ENFERMEDAD ☐
OTRO (ESPECIFIQUE):
EXPLIQUE CÓMO OCURRIÓ:

MENCIONE LOS NOMBRES DE MÉDICOS Y/U HOSPITALES DONDE FUÉ ATENDIDO:

SI EL FALLECIMIENTO FUÉ POR ENFERMEDAD, ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA EN QUE COMENZÓ A PADECERLA:

EN QUÉ CARÁCTER RECLAMA EL PAGO DE LA PÓLIZA:
CON QUÉ OTRA COMPAÑÍA ESTABA ASEGURADO:

III. BENEFICIARIOS

NOMBRE: EDAD: DUI:
DIRECCIÓN:
 TEL. RESIDENCIA: TEL. CELULAR:
NOMBRE: EDAD: DUI:
DIRECCIÓN:
 TEL. RESIDENCIA: TEL. CELULAR:
NOMBRE: EDAD: DUI:
DIRECCIÓN:
 TEL. RESIDENCIA: TEL. CELULAR:

DECLARO(AMOS) QUE ESTOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO(AMOS) A MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A. PARA QUE INVESTIGUE LOS HECHOS MENCIONADOS, SI EXISTIESE FALSEDAD EN LA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR ESTE RECLAMO.

F.
BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE

F.
BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE

F.
BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE

IV. DECLARACIÓN DE TESTIGO

HAGO CONSTAR QUE ESTE DOCUMENTO HA SIDO FIRMADO EN MI PRESENCIA POR LAS PERSONAS MENCIONADAS COMO BENEFICIARIOS Y DOY FE QUE TODAS LAS DECLARACIONES ESTÁN AJUSTADAS A LA VERDAD.

NOMBRE: F.
DIRECCIÓN Y TELÉFONO: TESTIGO