



### I. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre  Lugar y fecha de nacimiento

Dirección  Ocupación

### II. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

Lugar y dirección donde ocurrió  Fecha  /  /  Hora

Causa del fallecimiento  Suicidio  Homicidio  Accidente  Enfermedad

Otro (especifique)

Explique cómo ocurrió

Menciones los nombres de médicos y/u hospitales donde fue atendido

Si el fallecimiento fue 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