



Nombre del asegurado:  Póliza N°:

Nombre del beneficiario fallecido:  Parentesco:  Certifica:

Fecha de nacimiento:  /  /  Lugar de nacimiento:  Ocupación:

Dirección:

Tel:  Cel:  Correo:

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 hospitales dónde le atendieron:

Si el fallecimiento fue por enfermedad, anote el nombre y la fecha en que comenzó a padecerla:

Declaro que los datos son verdaderos y autorizo a MAPFRE 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. \_\_\_\_\_

Asegurado o representante

Nombre completo y documento de identidad N°:  Fecha:  /  /

Hago constar que este documento ha sido firmado en mi presencia por la persona arriba detallada y doy fe que todas las declaraciones están ajustadas a la verdad.

Nombre:  F. \_\_\_\_\_

Documento de identidad N°:

Dirección:

Teléfono:  Correo electrónico: