

Nombre del Asegurado: Póliza No.:

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 No: 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 No.:

Dirección:

Teléfono: Correo Electrónico: