



MAPFRE

EL SALVADOR

Seguro de Vida
Pruebas del fallecimiento

FECHA DE RECIBIDO

/ /

Declaración No. 3

Indicaciones

Las declaraciones a que se refiere este formulario debe hacerlas una persona mayor de edad y de responsabilidad, que haya conocido ampliamente al asegurado y que no tenga interés directo en el pago del siniestro.

I. DATOS DEL ASEGURADO

1. Nombre del asegurado
2. ¿Cuál fue la ocupación del fallecido?
3. ¿Por cuánto tiempo lo conoció usted?
4. ¿En qué fecha falleció? / /
5. Sabe usted la causa de su muerte
6. Si la muerte fue por accidente indique el tipo
7. Si fue por enfermedad ¿Supo usted qué médicos le atendieron?
8. ¿Cuánto tiempo duró la enfermedad?
9. Vio usted el cadáver ☐ SI ☐ NO
10. Le consta a usted que el cadáver era de la persona indicada por usted como fallecida: ☐ SI ☐ NO
11. ¿En qué cementerio se hizo la inhumación?

Declaro que los anteriores datos son verdaderos, brindados de buena fe y aseguro no tener interés directo en el pago del siniestro.

Nombre del informante

Dirección

Documento de identidad N°

Teléfono

Firma informante

Lugar de de 20