

Alameda Roosevelt 3107, San Salvador, El Salvador, C.A.
Apartado Postal 527. Tel.: 2257-6666, FAX: 2245-3389

Póliza No.: _____

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO FALLECIDO: _____ PARENTESCO: _____

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 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 LA CENTRO AMERICANA, S.A., PARA QUE INVESTIGUE LOS HECHOS MENCIONADOS, SI EXISTIESE FALSEDAD EN LA INFORMACION, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR ESTE RECLAMO.

F. _____

ASEGURADO O REPRESENTANTE

NOMBRE COMPLETO Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.

FECHA

III. DECLARACIÓN DE TESTIGO

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: _____ FIRMA: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____