

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

Fecha 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 QUE 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 No. \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA INFORMANTE

LUGAR \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_\_