

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 _____