

DECLARACIÓN DE TESTIGO

Contratante:

Asegurado (fallecido):

Para evitar demoras innecesarias en el proceso del reclamo, por favor conteste detalladamente cada pregunta.

DATOS DEL FALLECIDO

a) Nombre y apellidos completos:

b) Residencia:

c) Ocupación:

d) Día, hora y fecha del fallecimiento:

e) ¿Cómo falleció?

f) ¿Qué causa le ocasionó la muerte?

En el caso que la causa de la muerte fue por enfermedad, ¿Cuánto tiempo padeció dicha enfermedad?

g) Nombre del o los médicos y lugar en que le atendieron:

h) ¿Desde cuándo le conocía usted?

i) ¿Vio usted el cadáver?

SÍ NO

j) ¿Era el de la persona indicada por usted como fallecida?:

SÍ NO

k) ¿En qué cementerio y cuándo fue enterrado?

Declaro, bajo la gravedad del juramento, que las anteriores respuestas son verdaderas y que no tengo ningún interés económico en el pago del reclamo.

_____ de _____ de _____

DATOS DEL TESTIGO

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

DUI:

Firma

Este formulario deberá ser completado por una persona mayor de edad, que haya conocido ampliamente al fallecido, que no sea familiar, que no tenga interés económico en el pago del siniestro y que haya visto el cuerpo de la persona fallecida. Adjuntar copia de DUI.