

## Declaración del Reclamante Póliza de Seguro de Vida

**Sírvase contestar a todas las preguntas con amplitud.  
(No responder o responder de forma incompleta puede retrasar el pago de la reclamación)**

1. Póliza No.: \_\_\_\_\_ Certificado No.: \_\_\_\_\_ Contratante: \_\_\_\_\_  
(Únicamente para pólizas colectivas)

**Datos del Fallecido:**

2. Nombre completo: \_\_\_\_\_

3. Dirección completa de su última Residencia: \_\_\_\_\_

4. No. de Cédula: Orden: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Extendida en: \_\_\_\_\_

5. Ocupación: \_\_\_\_\_

6. Nombre de la empresa donde laboraba: \_\_\_\_\_

7. Tiempo que laboró en la empresa: \_\_\_\_\_

8. Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Día  Mes  Año

9. Lugar y fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_ Día  Mes  Año

10. Nombre del padre: \_\_\_\_\_

11. Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

12. El fallecido era casado? NO  SI

Si la respuesta es afirmativa, indique cuántas veces? \_\_\_\_\_

**(Observación: Si el fallecido tuvo más de 1 matrimonio, indicar fechas y particulares de cada uno)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Datos del Fallecimiento:**

13. Especifique la causa de la muerte:

\_\_\_\_\_

14. Si el fallecimiento NO fue a causa de enfermedad, describa el incidente y la fecha lo más detallado posible:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Si el fallecimiento fue a causa de enfermedad, indique lo siguiente: nombre de la enfermedad y fecha de diagnóstico. \_\_\_\_\_

16. Indique la información que se detalla a continuación, de los médicos que trataron al fallecido:

NOMBRE	COLEGIADO	DIRECCION	TELEFONO

17. Indique la información que se detalla a continuación, de los hospitales, sanatorios o clínicas en los que fue atendido el fallecido:

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO

18. Indique el nombre de autoridades que intervinieron: (policía, Ministerio Público, etc.)

\_\_\_\_\_

19. Indique el nombre de instituciones de servicio que intervinieron: (bomberos, socorristas, etc.)

\_\_\_\_\_

20. Indique nombre y dirección de la funeraria que prestó el servicio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. Indique día y hora del sepelio: \_\_\_\_\_

22. Indique nombre del cementerio donde fueron inhumados los restos: \_\_\_\_\_

23. Información de los seguros en otras compañías sobre la vida del fallecido.

NOMBRE DE LA COMPAÑIA	NO. DE POLIZA	VIGENCIA DEL SEGURO	SUMA ASEGURADA

Por la presente se notifica a Seguros Universales, S. A., que ha fallecido la persona cuya vida estaba asegurada por la póliza y certificado (si lo hubiere), identificados al inicio de este documento, convengo en que las manifestaciones escritas, las declaraciones juradas de los médicos que asistieron o trataron al fallecido, así como todos los demás documentos que exija la compañía constituirán parte de las pruebas necesarias para completar el trámite de la reclamación.

Convengo en que Seguros Universales, S. A., al proporcionar este o cualquier otro formulario, no cede ninguno de sus derechos. Expresamos además que no podrá considerarse que la Compañía al proporcionarlo, admita o exprese que haya algún seguro en vigor sobre la vida del fallecido.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LOS RECLAMANTES

NOMBRE COMPLETO	DIRECCION	TELEFONO	FIRMA