



Compañía de Seguros, S.A.

## Declaración Jurada del Reclamante en Prueba de Muerte

(Antes de llenar este formulario, lea las instrucciones en la hoja adjunta)

### 1. Datos Generales del Asegurado

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Si fuera una señora casada, haga constar los dos apellidos de soltera: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otros: \_\_\_\_\_

Dirección residencial al morir: \_\_\_\_\_

Ocupación del Asegurado en la fecha de su fallecimiento: \_\_\_\_\_ Última fecha de trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Asegurado: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cómo fue obtenida esta fecha? Partida de nacimiento Otra fuente Explicar: \_\_\_\_\_

Fecha de la muerte del Asegurado: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Lugar de la muerte: \_\_\_\_\_

Causa de la muerte: \_\_\_\_\_

### 2. Póliza que originan esta reclamación

Cuando cualquier póliza ha (1) estado en vigor menos de dos años, o (2) ha sido rehabilitada dentro de los dos años de la fecha de fallecimiento, se deberá presentar una declaración completa de los médicos que nombran en la siguiente sección.

Póliza Número	Monto del Seguro

Nombre y dirección de los médicos que asistieron al difunto su última enfermedad y durante los últimos tres (3) años

Nombre	Dirección	Fecha de asistencia	Enfermedad

Fecha inicial en que el asegurado consultó al médico por su última enfermedad: \_\_\_\_\_

¿En que otras compañías y por qué cantidades estaba asegurada la vida del difunto? \_\_\_\_\_

Compañía Aseguradora	Número de Póliza	Fecha de la Póliza	Monto del Seguro

Nombre completo del reclamante: \_\_\_\_\_ Parentesco con el difunto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ DPI/CUI No.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿A título de qué reclama usted este seguro? \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Además de la información ya proporcionada, estoy adjuntando los siguientes documentos:

SI NO

- a) Partida de nacimiento del asegurado
- b) Partida de defunción del asegurado
- c) DPI/CUI
- d) Declaración del médico que atendió al asegurado, o certificación del médico forense
- e) Declaración de la funeraria que presentó sus servicios
- f) Otros (detallar)

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

Hago constar que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender. Convengo en suministrar declaraciones de los médicos que asistieron o trajeron al fallecido así como los demás documentos que exija la Compañía por ser pertinentes a esta reclamación, y convengo también que tales declaraciones o documentos deberán por este medio constituir y formar parte integrante de las pruebas de muerte. Al suministrar esta forma e investigar el reclamo, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de cualquier reclamo ni a renunciar a sus derechos por la infracción de cualquiera de las condiciones de la póliza.

**Firma del Reclamante**

Suscrito Ante Mi en la ciudad \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_  
de de dos mil \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ persona de mi anterior conocimiento quien se identifica con DPI/CUI y quien  
\_\_\_\_\_ nuevamente firma ante el Notario quien Da Fe.

**La siguiente sección, deberá ser llenado únicamente en los casos de pólizas colectivas. Suministrada por el Contratante**

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Póliza No.: \_\_\_\_\_ Certificado No.: \_\_\_\_\_

Fecha de empleo: \_\_\_\_\_ Ocupación del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha en que trabajó por última vez las horas completas con pago completo: \_\_\_\_\_

Ultimo salario devengado: \_\_\_\_\_ Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de fallecimiento: \_\_\_\_\_ Causa de fallecimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario	Parentesco	Edad	Monto del Seguro

¿Fue causado el fallecimiento por un accidente de trabajo? SI NO

¿Recomienda usted que se pague esta reclamación? \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

"Declaro que en cumplimiento de los artículos 13 y 14 de la Ley Para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008, autorizo a la Compañía de Seguros consultar información referente a reclamos sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor, así como información sobre datos personales, bienes y relaciones con terceros, en base a los artículos 1, 2, 9 numeral 1 y 64 de la Ley del Acceso a la Información Pública, Decreto 57- 2008 autorización que permanecerá mientras subsista cualquier acto pendiente relacionado en forma directa o indirecta con la relación contractual con las partes existentes.