

Aviso												
Antes de proceder a llenar esta declaración, rogamos lean con atención y cumplan estrictamente las siguientes instrucciones especiales, teniendo cuidado de revisar que todas las preguntas hayan sido correctamente contestadas.												
Instrucciones especiales												
La declaración debe hacerla una persona legalmente capacitada, que haya conocido al asegurado, que no tenga interés alguno en la reclamación y que esté dispuesta a ampliar su testimonio, en caso de ser necesario, ante la aseguradora. Este formato deberá ser llenado con letra de molde y las preguntas deberán ser contestadas de manera clara y precisa. Será necesario que dos personas llenen cada una la declaración de testigos.												
Generales del testigo												
Nombre completo del testigo:												
Domicilio:												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%;">Teléfono:</td> <td style="width: 10%;">Fecha</td> <td style="width: 5%;">Día</td> <td style="width: 5%;">Mes</td> <td style="width: 5%;">Año</td> <td style="width: 40%;">Firma</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> </table>	Teléfono:	Fecha	Día	Mes	Año	Firma						
Teléfono:	Fecha	Día	Mes	Año	Firma							
I. Datos generales del finado												
Nombre completo del finado:												
Domicilio:	Ocupación:											
II. Antecedentes												
¿Cuánto tiempo conoció al finado?	Tipo de relación que tenía con el finado:											
Indique los médicos que atendieron al finado	Causas de la muerte											
Nombre _____	_____											
_____	_____											
Nombre _____	_____											
Vio usted el cadáver	¿Le consta que el cadáver de la persona asegurada es la identificada por usted como fallecida con el nombre y apellido arriba indicados?											
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
Lugar y fecha de la inhumación / cremación	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%;">Fecha de la defunción</td> <td style="width: 10%;">Fecha</td> <td style="width: 5%;">Día</td> <td style="width: 5%;">Mes</td> <td style="width: 5%;">Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Fecha de la defunción	Fecha	Día	Mes	Año						
Fecha de la defunción	Fecha	Día	Mes	Año								

Si la muerte fue violenta indique que autoridad tomó conocimiento del hecho:

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 27 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0018-2015, CGEN-S0023-0019-2015, CGEN-S0023-0020-2015.”