

## Declaración que Deberá Hacerse por la (s) Personas que Tiene (n) Derecho a Reclamar el Pago de Seguro

Por la presente se pone en conocimiento de Seguros LAFISE que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ha fallecido. Que dicho (a) señor (a) era la misma persona cuya vida estaba asegurada con Seguros LAFISE bajo la  
Póliza No.: \_\_\_\_\_ fechada en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ por la suma de \_\_\_\_\_  
y que todas las primas de dicha suma asegurada, de acuerdo con las estipulaciones del Contrato de Seguro respectivo, y bajo la informa-  
ción que contiene las preguntas y respuestas que siguen:

1- Nombre completo de la persona fallecida a que se refieren las preguntas y respuestas contenidas en esta declaración (sin abreviaturas):

\_\_\_\_\_

2- Dirección domicilio de (el / la) fallecido(a) al momento de su muerte:

\_\_\_\_\_

3- Ocupación de (el / la) fallecido(a) a la fecha en que se aseguró:

\_\_\_\_\_

4- Al fallecer qué ocupación (o cargo) desempeñaba (el / la) asegurado(a):

\_\_\_\_\_

5- Lugar y fecha de nacimiento del asegurado(a) (ciudad y país)

\_\_\_\_\_

6- ¿De dónde fue sacada la fecha anterior?

\_\_\_\_\_

7- Lugar (hospital o ciudad) y fecha de su muerte:

\_\_\_\_\_

8- ¿Cuál fue la causa de su muerte? (indique lesiones, no circunstancias):

\_\_\_\_\_

9- ¿Cuánto tiempo duró su enfermedad?

\_\_\_\_\_

10- ¿Cuándo se presentaron los primeros indicios de la decadencia de su salud?

\_\_\_\_\_

11- Manifiéstese todos los hechos con respecto a la causa y circunstancias de la muerte del asegurado(a):

\_\_\_\_\_

12- ¿En que Centro de Salud, Hospital, Clínica Particular, etc. era atendido o pasaba consulta la persona asegurada?

\_\_\_\_\_

13- (El / la) asegurado(a) era empleado(a) activo(a) al momento de fallecer o estaba jubilado(a) por el INSS, diga el tipo de jubilación:  
vejez, invalidez, etc.:

\_\_\_\_\_



14- ¿Desde cuándo conoce usted al extinto(a)? \_\_\_\_\_

¿El asegurado(a) era soltero(a)? \_\_\_\_\_

¿Tenía compañero(a)? Sí  No  Nombre: \_\_\_\_\_

15- El fallecido(a):

a) ¿Tomaba licor? \_\_\_\_\_

b) ¿Tomaba en exceso? \_\_\_\_\_

c) ¿Estaba ebrio al momento de fallecer? Sí  No

16- ¿Con qué carácter, título o derecho reclama(n) el seguro y cuáles son las pruebas de su carácter, título o derecho?

17- ¿Tenían el fallecido(a) alguna otra póliza sobre su vida? Si las tenía mencione el nombre de la(s) Aseguradora(s), suma(s)

Asegurada(s) y fecha(s) de la(s) Pólizas(s)? \_\_\_\_\_

18- Para cualquier aclaración o información adicional, ¿A quién podemos dirigirnos? (Favor indicar nombre completo, dirección exacta y teléfonos si es posible). \_\_\_\_\_

Por el presente declaro(amos) que las anteriores respuestas son ciertas y exactas hasta donde me (nos) consta, se (sabemos) y recuerdo(amos). En fe de lo cual firmo(amos), en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Dirección del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Dirección del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Dirección del Reclamante

Importante: Si el seguro es colectivo, la fe de firma la debe hacer un representante del contratante, si es seguro individual lo deberá hacer un notario o Funcionario Prominente del lugar.

Las firmas que anteceden y dicen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ son auténticas y fueron puestas de su puño y letra, ante mí por: \_\_\_\_\_

El suscrito delegado del Contratante, declara que las anteriores respuestas son ciertas hasta donde nos consta y sabemos.

(Sello)

\_\_\_\_\_  
Firma por el contratante, nombre y cargo  
(o firma del Notario o funcionario que autentique  
las firmas.)

