

SEGURO DE PERSONAS PRUEBAS DEL FALLECIMIENTO

Favor completar el siguiente formulario por una persona que no tenga interés en el pago del seguro

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO	
Nombre completo:	
Domicilio:	

II. INFORMACIÓN DEL FALLECIMIENTO	
Lugar de ocurrencia:	Fecha de ocurrencia:
Causa del fallecimiento: Accidente Enfermedad Homicidio Suicidio Otro:	
Favor brindar detalles breves sobre la causa del fallecimiento:	

III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA DECLARACIÓN	
Nombre completo:	Teléfono:
Tiempo de conocer al asegurado:	
Relación con el asegurado:	
¿Vio usted el cadáver?	Sí No
En que cementerio fue sepultado:	

<p>Las declaraciones anteriores son verdaderas y las he hecho de buena fe; hago constar que no tengo interés directo ni indirecto en el pago del seguro de la póliza, por consiguiente, PROTEGE SEGUROS, S.A. puede realizar las investigaciones correspondientes sobre los hechos mencionados y en caso de falsedad en la información proporcionada, la Aseguradora no estará obligada a realizar pago sobre el reclamo presentado.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">_____</p> <p style="text-align: center;">Firma</p>
Lugar y fecha: