



## DECLARACION DE TESTIGO

Contratante: \_\_\_\_\_  
Asegurado (Fallecido) \_\_\_\_\_

**Para evitar demoras innecesarias en el proceso del reclamo, por favor conteste detalladamente cada pregunta.**

a) Nombre y apellidos completos: \_\_\_\_\_

b) Residencia: \_\_\_\_\_

c) Ocupación: \_\_\_\_\_

d) Día, Hora y Fecha del fallecimiento: \_\_\_\_\_

e) ¿Cómo Falleció?: \_\_\_\_\_

f) ¿Qué causa le ocasionó la muerte? \_\_\_\_\_

¿En el caso que la causa de la muerte fue por enfermedad, Cuánto tiempo  
Padeció dicha enfermedad? \_\_\_\_\_

g) Nombre y Dirección de los médicos que le atendieron: \_\_\_\_\_

h) ¿Desde cuándo le conocía usted? \_\_\_\_\_

i) ¿Vió usted el cadáver? SI NO : ¿Era el de la persona indicada por usted como fallecida?:  
\_\_\_\_\_

j) ¿En qué cementerio y cuándo fue enterrado? \_\_\_\_\_

Declaro, bajo la gravedad del juramento, que las anteriores respuestas son verdaderas y que no tengo ningún interés económico en el pago del reclamo.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

f.:  
Nombre:  
DUI.:

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Este formulario deberá ser completado por una persona mayor de edad, que haya conocido ampliamente al fallecido, que no tenga interés económico en el pago del siniestro y que haya visto el cuerpo del occiso. Adjuntar copia de DUI**