

DECLARACIÓN DE FALLECIMIENTO

DATOS DEL ASEGURADO

Fecha de Elaboración	No. Póliza	No. Inciso	Vigencia	No. Siniestro
Nombre del Contratante				Suma Asegurada
Nombre del Asegurado (Finado)				Fecha de Muerte
Edad a la fecha del Siniestro	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Lugar de Nacimiento
Domicilio del Asegurado				Ultima ocupación
Causas de la Muerte				Fecha de inicio de Síntomas

INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO

Nombre del Médico	Domicilio y Teléfono	Fecha de Consulta

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombre del Beneficiario	Domicilio y Teléfono	Participación %

Como Beneficiario del Seguro de Vida autorizo a médicos y hospitales que atendieron a la persona Asegurada para que otorguen a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A., Todos los informes relativos a la salud del Asegurado, incluyendo los datos que correspondan a padecimientos anteriores.

Nombre y firma del Beneficiario No. 1

Nombre y firma del Beneficiario No. 2

Nombre y firma del Beneficiario No. 3

DATOS DE LOS TESTIGOS

Se otorga constancia de que esta declaración ha sido firmada por las personas que la suscriben.

Nombre	Domicilio y Teléfono	Firma

Lugar y fecha