

DECLARACION DEL RECLAMANTE



SIRVASE CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS CON AMPLITUD

1a. Nombre completo del asegurado-fallecido:	_____									
2a. Residencia:	_____									
3a. Ocupación:	_____									
4a. Lugar y fecha de nacimiento. Deberá presentarse prueba satisfactoria que establezca la fecha de nacimiento.	Lugar: _____ Año: _____ Mes: _____ Día: _____									
5a. Lugar y fecha de nacimiento:	Lugar: _____ Año: _____ Mes: _____ Día: _____									
6a. (a) Causa de la muerte. (b) Fecha en que se presentaron los primeros indicios de decadencia en la salud (adjuntese recortes de comentarios de la prensa)	(a) _____ (b) _____									
7a. Particulares de los seguros en otras Compañías sobre la vida del finado:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Compañía</th> <th>Fecha de emisión del seguro</th> <th>Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Compañía	Fecha de emisión del seguro	Cantidad	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Compañía	Fecha de emisión del seguro	Cantidad								
_____	_____	_____								
_____	_____	_____								
8a. (a) ¿Era casado el asegurado? (b) ¿Cuántas veces? (c) Manifieste las fechas y particulares de cada matrimonio.	(a) _____ (b) _____ (c) _____									
9a. (a) ¿Dejó testamento el asegurado? (b) En caso afirmativo, diga si por disposición testamentaria se cambia en algún modo el nombramiento de beneficiario según póliza o el modo de efectuar el pago de la misma.	(a) _____ (b) _____									
10a. ¿Con qué derecho o título reclama usted la suma debida bajo la póliza?	_____									
11a. ¿Es usted legalmente mayor de edad?	_____									

Por la presente se notifica a Seguros Atlántida, S.A., que ha muerto la persona cuya vida estaba asegurada bajo la Póliza No. _____ y convengo (convenimos) en que las manifestaciones escritas y las declaraciones juradas de los médicos que asistieron o trataron al finado, así como todos los demás documentos que exija Seguros Atlántida, S.A., constituirán y por la presente vienen a formar parte de estas pruebas de defunción. Además convengo (convenimos) en que Seguros Atlántida, S.A., al facilitar éste o cualquier otro formulario, no cede ninguno de sus derechos o recursos legales, y en que podrá considerarse que Seguros Atlántida, S.A., al colaborar así admita que haya algún seguro en vigor sobre la vida en cuestión.

Firmada en _____ hoy día _____ de _____ de _____	
Reclamante (1) Nombre / Firma _____	Reclamante (2) Nombre / Firma _____
Dirección / Teléfono _____	Dirección / Teléfono _____
Reclamante (3) Nombre / Firma _____	Reclamante (4) Nombre / Firma _____
Dirección / Teléfono _____	Dirección / Teléfono _____

Adjuntar Auténtica Notarial de las Firmas