

Antes de redactar esta declaración, léase las instrucciones al reverso de este formulario.

Números de pólizas de esta compañía	Monto de seguro
Nombre completo del finado:	Edad:

1. ¿Dirección residencia al fallecer?	Zona	Depto.	País
2. ¿Ocupación en fecha de defunción?			
3. a. ¿Fecha y lugar de nacimiento del finado? b. ¿De qué fuente obtuvo la fecha de nacimiento? (Debe hacerse referencia a los archivos de familia o a otros registros o partidas de nacimiento)	a. Fecha: _____ Lugar: _____ b. _____		
4. a. Fecha y lugar de defunción b. Causa específica de la muerte	a. Fecha: _____ Lugar: _____ b. _____		
5. a. ¿Cuándo se quejó el finado, o dio otras indicaciones de su última enfermedad por primera vez?  Fecha:	5. b. ¿Cuándo consultó el finado con un médico relativo a su última enfermedad por primera vez?  Fecha:		
6. ¿En qué fecha desempeñó el finado su ocupación habitual por última vez?	Fecha:		

7. Nombre y dirección de todos los médicos que atendieron al finado durante el curso de su última enfermedad y durante los tres años anteriores, hasta donde llega su conocimiento y de acuerdo con sus documentos.

Nombre	Dirección	Fechas de atención médica	Enfermedad o condición

a. Durante los últimos tres años, ¿Estuvo el finado alguna vez en observación, cura o tratamiento en algún hospital, sanatorio, asilo o en otra institución semejante? (En caso afirmativo, favor indicar cuándo, dónde y por qué razón o razones).


8. ¿En qué compañías y por qué cantidades estaba asegurada la vida del fiando?

Compañías	Números de las pólizas	Fechas	Monto de seguro

9. ¿En qué calidad o con qué título reclama usted este seguro? (Si a título de cesionario, vea las instrucciones)	
10. ¿En poder de quién se encuentra la póliza?	
11. Fecha de nacimiento del reclamante	
12. Nombre del reclamante	

El presente formulario no constituye reconocimiento por parte de Aseguradora Confío, S. A. de la existencia de una póliza a favor de la persona fallecida, ni otorga más derechos que los que figuran en el contrato respectivo, en caso de existir éste.

Fecha en: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

Este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ dirección: \_\_\_\_\_

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del  
mes de \_\_\_\_\_ del año de \_\_\_\_\_ como Notario Público

CERTIFICO que la firma anterior es auténtica, por haber sido puesta en esta fecha en mi presencia, por el, la señor(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a quien conozco y quien conmigo firma la presente.

Sello Notario Oficial

\_\_\_\_\_  
Notario Público

(Este instrumento deberá legalizarse mediante autenticación de la firma ante un notario debidamente autorizado)

#### INSTRUCCIONES

En la mayor parte de los casos, se exigen las siguientes pruebas de defunción:

FORMULARIO No. 1: Deberá ser otorgado por la persona o las personas a quienes sea pagadero el seguro. Si hay más de un solo beneficiario se suministrará una forma distinta para cada individuo.

Cuando sea pagadera una póliza a la sucesión, o bien la albacea o administrador del asegurado, deberá otorgarse la declaración por un albacea o administrador de cuyo nombramiento y habilitación deberá suministrarse certificación oficial.

Cuando sea pagadera una póliza a un beneficiario desigando, mayor de edad, deberá hacerse la declaración por tal beneficiario.

Cuando se apagadera una póliza a una persona menor de edad, deberá otorgarse a declaración por un tutor, de cuyo nombramiento y habilitación deberá suministrarse certificación oficial.

Cuando sea pagadera una póliza bajo una cesión, deberá el cesionario otorgar la declaración. Y en caso de cesión subsidiaria, especifíquese el importe nominal de la misma, así como el monto actual de la deuda pasiva del finado bajo dicha cesión. Deberá presentarse la cesión original.

Cuando sea pagadera una póliza, o bien cualquier parte de ella, a los hijos o a otros de una clase, deberá presentarse una declaración jurada, dando el nombre y la fecha de nacimiento de cada individuo; en caso de haber fallecido cualquiera de ellos, deberá la declaración incluir la fecha y el lugar de defunción, y deberá indicar si murieron solteros, interesados o sin sucesión.

Una vez verificada una investigación oficial en cuanto a la causa del fallecimiento, deberá suministrarse adjunta a esta declaración una copia del veredicto o decisión debidamente certificada.

FORMULARIO No. 2: Deberá ser presentado por todo médico que haya tratado, cuidado o asistido al finado durante el curso de su última enfermedad y la Compañía suministrará al efecto cuantos formularios se necesiten.

FORMULARIO No. 3: Deberá ser otorgado por una persona, mayor de edad, que haya conocido íntimamente al finado sin tener parentesco alguno con él, que haya visto los restos mortales y que no tenga interés alguno en el producto de la póliza.

Se reserva la Compañía el derecho a requerir o conseguir informes suplementarios si los juzgare necesarios.

En cada una de las formas agregadas a la presente, encontrará instrucciones adicionales respecto a los asuntos correspondientes. Antes de completarlas, sírvase leerlas detenidamente.

Favor adjuntar póliza original.

Antes de redactar esta declaración, léase las instrucciones al reverso de este formulario.

1. a. Nombre completo del finado: b. Residencia al fallecer c. Ocupaciones	Calle o avenida: _____ No. _____ Zona: _____ Ciudad: _____ Depto.: _____ Al fallecer: _____ Anteriormente: _____		
2. a. Edad del finado al morir _____ b. Género _____ d. Estatura _____ e. Peso aproximado en estado de salud _____ f. Color del pelo _____ g. Color de los ojos _____ h. ¿Descubrió usted señales de indentificación en el cadáver? _____ (Si se responde en sentido afirmativo, dé pormenores completos)			
3. Indique aquí los detalles referentes a cada condición por la cual le trató o aconsejó usted al finado antes de su última enfermedad con fecha, tiempo de duración y resultado.			
Naturaleza de la enfermedad	Fecha	Duración	Resultado
4. ¿Desde cuándo conocía usted al finado?			
5. a. Fecha de defunción b. Lugar de defunción c. Si ocurrió en un hospital o institución dé el nombre	a. _____ b. _____ c. _____		
6. a. ¿Cuál fue la causa inmediata de la muerte? (Véase las instrucciones al dorso) _____ b. ¿Desde cuándo a su juicio, padecía el finado de esta enfermedad o defecto físico? _____ c. ¿Cuáles fueron las causas contribuyentes de la muerte? Indíquese lo más próximo posible, mediante fechas, el período de duración de cada una.			
Enfermedad o defecto	Duración		
d. Causa de la muerte e. ¿Había por su ocupación, residencia, costumbres, o antecedentes personales del finado, alguna causa especial (remota o próxima) de la muerte? (En caso de respuesta afirmativa, suminístrense amplios pormenores)	d. _____ e. _____ _____ _____		
7. a. ¿Cuándo fue usted consultado por primera vez por el finado, por cualquier pariente o amigo suyo, relativo a la enfermedad que causó directamente o indirectamente la muerte? b. ¿Fecha de su última visita?	a. Fecha _____ ¿Por quién? _____ b. _____		
8. ¿Se llevó a cabo una investigación oficial en cuanto a la causa de la muerte, o fue practicada una autopsia al cadáver del finado? (En caso de respuesta afirmativa, especifique por quién y con qué resultado)			



Esta declaración debe ser otorgada por alguna persona honorable y mayor de edad que haya conocido al finado y tenga conocimiento de su muerte, sin tener parentesco con éste ni interés en la reclamación.

1. Nombre completo y edad del finado	Nombre
	Edad
2. ¿Desde cuándo conocía usted al finado?	
3. Desde que usted conocía al finado, ¿dónde residía?	
4. ¿Qué ocupaciones ejerció el finado durante los últimos cinco años?	
5. Fecha de nacimiento del finado	
Causa de la muerte del finado	
6. Fecha y lugar del fallecimiento	Fecha Lugar
7. ¿Vio usted el cuerpo después de la muerte?	
8. ¿Está usted seguro que el finado es la persona cuya vida estaba amparada en la póliza de seguro en que se basa la reclamación?	
9. Fecha y lugar del entierro	Fecha Lugar
10. a. ¿Cuál es su edad y ocupación?	a. Edad _____ Ocupación _____
b. ¿Desde cuándo reside usted en su dirección actual?	b. _____
11. a. ¿Tiene usted algún parentesco con el finado?	a. _____
b. De algún modo, directa o bien indirectamente, ¿tiene usted interés en el producto de cualquier seguro emitido sobre la vida del finado?	b. _____

Fecha en: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

Este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ dirección: \_\_\_\_\_

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año de \_\_\_\_\_ como Notario Público

CERTIFICO que la firma anterior es auténtica, por haber sido puesta en esta fecha en mi presencia, por el señor(a) \_\_\_\_\_ a quien conozco y quien conmigo firma la presente.

Sello Notario Oficial

Notario Público

(Este instrumento deberá legalizarse mediante autenticación de la firma ante un notario debidamente autorizado)