

- Esta declaración debe ser completada por una persona mayor de edad, que haya conocido ampliamente al fallecido y que no tenga interés directo en el pago del siniestro y deberá adjuntar copia de DUI

### I. DATOS DEL FALLECIDO

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

### II. DATOS DEL FALLECIMIENTO

1. Lugar y fecha del fallecimiento \_\_\_\_\_
2. Por qué causa \_\_\_\_\_
3. En caso de muerte accidental, describa el incidente \_\_\_\_\_
4. Si fue por enfermedad, ¿Cuánto tiempo padeció la misma? \_\_\_\_\_
5. Si conoce usted los médicos que le atendieron, favor proporcione nombre y dirección de los mismos \_\_\_\_\_

### III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

6. Desde cuando conoció al fallecido \_\_\_\_\_
7. ¿Vio usted el cadáver? Si  No
8. Le consta a usted que el cadáver era de la persona indicada por usted como fallecida Si  No
9. ¿En qué cementerio se hizo la inhumación? \_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son verdaderos y aseguro no tener interés directo en el pago del siniestro. Autorizo a Aseguradora Agrícola Comercial, S.A. para que investigue los hechos mencionados. La compañía no estará obligada a pagar este reclamo si existiese falsedad en la información

Nombre del informante \_\_\_\_\_

DUI \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo