

# Declaracion del Reclamante

Estimado asegurado sirvase tomar nota que para evitar demoras innecesarias en el tramite de su reclamo es disponible la siguiente informacion (De preferencia completar el formulario a maquina o con letra clara de molde).

(SIRVASE CONSTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS CON AMPLITUD)

1a. Nombre completo del asegurado-fallecido:	_____												
2a. Residencia:	_____												
3a. Ocupación:	_____												
4a. Lugar y fecha de nacimiento. Deber: presentarse prueba satisfactoria que establezca la fecha de nacimiento.	Lugar _____ Año _____ Mes _____ Día _____												
5a. Lugar y fecha de fallecimiento:	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><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) ¿Cuantas 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. Nombre completo del Beneficiario	_____												
11a. ¿Con que derecho o título reclama usted la suma debida bajo la póliza?	_____												
12a. ¿Es usted legalmente mayor de edad?	_____												

Por la presente se notifica a Seguros G&T, 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 G&T, S.A., constituirán y por la presente vienen a formar parte de estas pruebas de defunción. Además convengo (convenimos) en que seguros G&T, 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 G&T, S.A. al colaborar así admita que haya algún seguro en vigor sobre la vida en cuestión.

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_  
No. Cédula (Orden, Registro, Lugar de extensión): \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Firmada en: \_\_\_\_\_ Hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Auténtica Notarial al dorso