

- Formulario únicamente para el pago del seguro colectivo de deuda decreciente
- Esta declaración debe ser completada por una persona mayor de edad, que haya conocido al fallecido y que no tenga interés directo en el pago del siniestro. Adjuntar copia de DUI.

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ocupación
Domicilio			

DATOS DEL FALLECIMIENTO

1. Lugar de Fallecimiento: _____

2. Causa del Fallecimiento: _____

3. En caso de muerte por enfermedad. ¿Cuánto tiempo padeció la misma? _____

4. Si conoce usted los médicos que le atendieron, favor proporcione nombre y dirección de los mismos _____

DATOS DE IDENTIFICACION

5. ¿Desde cuando conoció al fallecido? _____

6. ¿Vió usted el cadáver? SI NO

7. ¿Le consta que el cadáver era de la persona indicada por usted como fallecida? SI NO

8. ¿En qué cementerio se hizo la inhumación? _____

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son verdaderos y autorizo a FEDECREDITO VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS, para

Nombre del Declarante	DUI	Teléfono
Dirección	Firma	