

DECLARACION 1

NOMBRE COMPLETO DEL FINADO			
NUMEROS DE POLIZAS Y SUMAS ASEGURADAS DEL FINADO EN ESTA COMPAÑIA			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DEL FINADO			EDAD
DOMICILIO RESIDENCIAL AL FALLECER			
OCUPACION A LA FECHA DEL FALLECIMIENTO		¿HASTA QUE FECHA DESEMPEÑO SU OCUPACION?	
CAUSA ESPECIFICA EL FALLECIMIENTO			
¿ EN QUE FECHA SE QUEJO POR PRIMERA VEZ EL FINADO O DIO MUESTRA DE SU ULTIMA ENFERMEDAD?		¿ EN QUE FECHA CONSULTO EL FINADO POR PRIMERA VEZ A UN MEDICO CON RESPECTO A SU ULTIMA ENFERMEDAD?	
LUGAR Y FECHA DEL FALLECIMIENTO			
NOMBRE Y DOMICILIO DE LOS MEDICOS QUE ATENDIERON AL FINADO DURANTE LOS ULTIMOS 3 AÑOS			
NOMBRE	DOMICILIO	ENFERMEDAD	FECHA
DIGA LOS SANATORIOS Y HOSPITALES EN LOS QUE SE INTERNO EL FINADO EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS			
NOMBRE	FECHA INGRESO	CAUSA DE LA RECLUSION	FECHA DE ALTA
¿ EN QUE OTRAS COMPAÑIAS ESTABA ASEGURADO EL FINADO?			
¿ CON QUE CARACTER O TITULO RECLAMA USTED EL SEGURO?			
EN VEZ DE RECIBIR LA SUMA ASEGURADA EN EFECTIVO ¿ DESEA USTED ALGUNO DE LOS METODOS DE LIQUIDACION ANUNCIADOS EN LA POLIZA?			
SI _____ NO _____ EN CASO AFIRMATIVO DIGA CUAL _____			
INDIQUE SI EN EL TESTAMENTO SE CAMBIARON LOS BENEFICIARIOS DE ESTA POLIZA. ¿HIZO TESTAMENTO EL FINADO?		INDIQUE SI EN EL TESTAMENTO SE CANCELO LA FORMA DE LIQUIDACION DE ESTA POLIZA.	



DECLARACION 1

NOMBRE COMPLETO DEL DECLARANTE		
DOMICILIO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
FECHADO EN _____ EL DIA _____ DE _____ DE _____		
AUTORIZO AL MEDICO QUE HAYA ATENDIDO Y A LOS HOSPITALES O CLINICAS A LOS QUE HAYA INGRESADO PARA DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD PARA QUE PROPORCIONES A ZURICH VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A. TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A LA SALUD DEL ASEGURADO , ASI COMO DATOS DE ENFERMEDADES ANTERIORES, EN VIRTUD DE QUE HE SOLICITADO EL PAGO DE UN SEGURO A DICHA COMPAÑIA. PARA TAL EFECTO, RELEVO A LAS PERSONAS ARRIBA MENCIONADAS DEL SECRETO PROFESIONAL.		
_____ FIRMA DEL RECLAMANTE		
LOS TESTIGOS QUE FIRMAN A CONTINUACION, CERTIFICAN QUE EL BENEFICIARIO MENCIONADO EN ESTA DECLARACION, ESTA LEGAL Y MORALMENTE CAPACITADO PARA OTORGARSE ESTE DOCUMENTO Y QUE ADEMAS TODAS LAS RESPUESTAS DADAS ARRIBA SON FIDEDIGNAS Y NO SE HA OCULTADO A LA COMPAÑIA NINGUN HECHO DE IMPORTANCIA.		
FIRMA	FIRMA	
NOMBRE:	NOMBRE:	
DOMICILIO:	DOMICILIO:	