

Esta declaración debe ser llenada y firmada por cada Beneficiario mayor de edad, en caso de menores beneficiarios, por quien ejerza la patria potestad.

Nombre completo del finado	<input type="text"/>		
Nº. de pólizas del finado en esta compañía	<input type="text"/>	Sumas Aseguradas del finado en esta compañía \$	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nº. de Seguridad Social	<input type="text"/>		
Lugar de nacimiento del finado	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento del finado	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
Dirección residencial al fallecer	<input type="text"/>		
Ocupación a la fecha del fallecimiento	<input type="text"/>		
¿Hasta que fecha desempeñó su ocupación?	<input type="text"/>		
Causa específica del fallecimiento	<input type="text"/>		
¿En qué fecha se quejó por primera vez el finado o dio muestra de su última enfermedad?	<input type="text"/>		
¿En qué fecha consultó por primera vez a un médico con respecto a su última enfermedad?	<input type="text"/>		
Lugar del fallecimiento	<input type="text"/>		
Fecha del fallecimiento	<input type="text"/>		

### Nombre y dirección de los médicos que atendieron al finado durante los últimos 3 años

Nombre	<input type="text"/>		
Dirección	<input type="text"/>		
Enfermedad	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>		
Dirección	<input type="text"/>		
Enfermedad	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>		
Dirección	<input type="text"/>		
Enfermedad	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>

### Diga los sanatorios y hospitales en los que se internó el finado en los últimos 3 años

Nombre	<input type="text"/>	Fecha de ingreso	<input type="text"/>
Causa del internamiento	<input type="text"/>	Fecha de alta	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Fecha de ingreso	<input type="text"/>
Causa del internamiento	<input type="text"/>	Fecha de alta	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Fecha de ingreso	<input type="text"/>
Causa del internamiento	<input type="text"/>	Fecha de alta	<input type="text"/>



**¿En que otras compañías estaba asegurado el finado?**

Nombre	<input type="text"/>	Nº. de póliza	<input type="text"/>
Fecha de emisión	<input type="text"/>	Cantidades de seguros	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Nº. de póliza	<input type="text"/>
Fecha de emisión	<input type="text"/>	Cantidades de seguros	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Nº. de póliza	<input type="text"/>
Fecha de emisión	<input type="text"/>	Cantidades de seguros	<input type="text"/>

¿Con qué carácter o título reclama usted el seguro?

En vez de recibir la suma asegurada en efectivo ¿Desea usted alguno de los métodos de liquidación anunciados en la póliza? Si  No

En caso afirmativo diga cuál

¿Hizo testamento el finado? Si  No

Indique si en el testamento se cambiaron los beneficiarios de la póliza

Indique si en el testamento se canceló la forma de liquidación de esta póliza

¿Por quién fue pagada la última prima?

¿A quién fue pagada y cuándo?

Nombre completo del Beneficiario

Teléfono casa  Teléfono oficina

Celular  Fecha de nacimiento  Edad

Dirección postal

Fecha en  el día  de  de

Autorizo al médico o médicos que hayan atendido y a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcione a ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud del asegurado, así como datos de enfermedades anteriores, en virtud de que he solicitado el pago de un seguro a dicha compañía.

Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional.

Firma del reclamante

Los testigos que firman a continuación, certifican que el beneficiario mencionado en esta declaración, esta legal y moralmente capacitado para otorgarse este documento, y que además todas las respuestas dadas arriba son fidedignas y no se ha ocultado a la compañía ningún hecho de importancia.

Firma

Firma

Nombre

Nombre

Domicilio

Domicilio