

**Esta declaración debe ser otorgada por alguna persona mayor de edad, quien haya conocido al finado y tenga conocimiento de su muerte, sin tener parentesco con éste, ni interés alguno en la reclamación.**

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 1-  | Nombre completo del finado<br><i>(apellido paterno, materno y nombre)</i>                                 | <input type="text"/>   |
|     | Fecha de nacimiento   | <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/> |
| 2-  | Lugar del fallecimiento   | <input type="text"/>   |
|     | Fecha de fallecimiento  | <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/> |
| 3-  | ¿El finado es la persona cuya vida quedó asegurada en la póliza de seguro en que se funda la reclamación? | <input type="text"/>   |
| 4-  | ¿Qué ocupaciones ejerció el finado durante los últimos años?  | <input type="text"/>   |
| 5-  | ¿Desde cuándo conoció usted al finado?  | <input type="text"/>   |
| 6-  | ¿Cuál fue la causa de fallecimiento del finado?   | <input type="text"/>   |
| 7-  | ¿Vio usted el cuerpo del finado después del fallecimiento?  | <input type="text"/>   |
| 8-  | Lugar de la inhumación  | <input type="text"/>   |
|     | Fecha   | <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/> |
| 9-  | Nombre del declarante   | <input type="text"/>   |
| 10- | Ocupación   | <input type="text"/> Edad <input type="text"/>   |
| 11- | Domicilio postal  | <input type="text"/>   |
| 12- | Tiempo de residencia  | <input type="text"/>   |

Fechado en  el  de  de

Firma