

Alameda Roosevelt 3107, San Salvador, El Salvador, C.A.  
Apartado Postal 527. Tel.: 2257-6666, FAX: 2245-3389

Fecha Recibido: \_\_\_\_\_

Declaración No. 1

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

**II. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO**

LUGAR O DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

CAUSA DEL FALLECIMIENTO: SUICIDIO ( ) HOMICIDIO ( ) ACCIDENTE ( ) ENFERMEDAD ( )

OTRO (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

EXPLIQUE CÓMO OCURRIÓ: \_\_\_\_\_

MENCIONE LOS NOMBRES DE MÉDICOS Y/U HOSPITALES DONDE FUE ATENDIDO: \_\_\_\_\_

SI EL FALLECIMIENTO FUE POR ENFERMEDAD, ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA EN QUE COMENZÓ A PADECERLA: \_\_\_\_\_

EN QUÉ CARÁCTER RECLAMA EL PAGO DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_

CON QUÉ OTRA COMPAÑÍA ESTABA ASEGURADO: \_\_\_\_\_

**III. BENEFICIARIOS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ DUI: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TEL. RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ DUI: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TEL. RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ DUI: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TEL. RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_

DECLARO(AMOS) QUE ESTOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO(AMOS) A LA CENTRO AMERICANA, S.A. PARA QUE INVESTIGUE LOS HECHOS MENCIONADOS, SI EXISTIESE FALSEDAD EN LA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR ESTE RECLAMO.

F. \_\_\_\_\_ F. \_\_\_\_\_ F. \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE

NOMBRE

NOMBRE

**IV. DECLARACIÓN DE TESTIGO**

HAGO CONSTAR QUE ESTE DOCUMENTO HA SIDO FIRMADO EN MI PRESENCIA POR LAS PERSONAS MENCIONADAS COMO BENEFICIARIOS Y DOY FE QUE TODAS LAS DECLARACIONES ESTÁN AJUSTADAS A LA VERDAD.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ F. \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN Y TELÉFONO: \_\_\_\_\_ TESTIGO