

Antes de redactar esta declaración, léase las instrucciones al reverso de este formulario.

| Números de pólizas de esta compañía | Monto de seguro |
|-------------------------------------|-----------------|
| | |
| | |
| | |
| Nombre completo del asegurado: | Edad: |

| | | | |
|---|--|--------|------|
| 1. ¿Dirección residencia del asegurado al fallecer? | Zona | Depto. | País |
| 2. ¿Indique la ocupación que desempeñaba el asegurado al fallecer? | | | |
| 3. a. ¿Fecha y lugar de nacimiento del asegurado? b. ¿De qué fuente obtuvo la fecha de nacimiento? (Debe hacerse referencia a los archivos de familia o a otros registros o partidas de nacimiento) | a. Fecha: _____ Lugar: _____ b. _____ | | |
| 4. a. Fecha y lugar de defunción b. ¿Cuál fue la causa específica del fallecimiento del asegurado? | a. Fecha: _____ Lugar: _____ b. _____ | | |
| 5. a. ¿Cuándo manifestó el asegurado por primera vez síntomas o molestias relacionados con su última enfermedad? Fecha: | 5. b. ¿Cuándo consultó el asegurado por primera vez con un médico respecto a su última enfermedad? Fecha: | | |
| 6. ¿En qué fecha el asegurado desempeñó por última vez su ocupación habitual? | Fecha: | | |

7. Nombre y dirección de los médicos que atendieron al asegurado durante su última enfermedad y en los tres años anteriores (según su conocimiento o documentación).

| Nombre | Dirección | Fechas de atención médica | Enfermedad o condición |
|--------|-----------|---------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|--|
| a. Durante los últimos tres años, ¿el asegurado estuvo en observación, tratamiento o recibió atención médica en algún hospital, clínica, asilo u otra institución similar? (En caso afirmativo, indique la fecha, el lugar y el motivo o diagnóstico correspondiente). | |
| | |
| | |
| | |

8. ¿Indique las compañías en las que el asegurado tenía seguros de vida y los montos correspondientes?

| Compañías | Números de las pólizas | Fechas | Monto de seguro |
|-----------|------------------------|--------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|--|--|
| 9. ¿En qué calidad o con qué título reclama usted este seguro? (Si a título de cesionario, vea las instrucciones) | |
| 10. ¿En poder de quién se encuentra la póliza? | |
| 11. Fecha de nacimiento del beneficiario | |
| 12. Nombre completo del beneficiario | |

El presente formulario no constituye reconocimiento por parte de Aseguradora Confío, S. A. de la existencia de una póliza a favor de la persona fallecida, ni otorga más derechos que los que figuran en el contrato respectivo, en caso de existir éste.

Fechado en: _____ firma: _____

Este día _____ de _____ de _____ dirección: _____

En la ciudad de _____ a los _____ días del
mes de _____ del año de _____ como Notario Público

CERTIFICO que la firma anterior es auténtica, por haber sido puesta en esta fecha en mi presencia, por el, la señor(a) _____

_____ a quien conozco y quien conmigo firma la presente.

Sello Notario Oficial

Notario Público

(Este instrumento deberá legalizarse mediante autenticación de la firma ante un notario debidamente autorizado)

INSTRUCCIONES

En la mayor parte de los casos, se exigen las siguientes pruebas de defunción:

FORMULARIO No. 1: Deberá ser otorgado por la persona o las personas a quienes sea pagadero el seguro. Si hay más de un solo beneficiario se suministrará una forma distinta para cada individuo.

Cuando sea pagadera una póliza a la sucesión, o bien la albacea o administrador del asegurado, deberá otorgarse la declaración por un albacea o administrador de cuyo nombramiento y habilitación deberá suministrarse certificación oficial.

Cuando sea pagadera una póliza a un beneficiario designado, mayor de edad, deberá hacerse la declaración por tal beneficiario.

Cuando sea pagadera una póliza a una persona menor de edad, deberá otorgarse a declaración por un tutor, de cuyo nombramiento y habilitación deberá suministrarse certificación oficial.

Cuando sea pagadera una póliza bajo una cesión, deberá el cesionario otorgar la declaración. Y en caso de cesión subsidiaria, especifique el importe nominal de la misma, así como el monto actual de la deuda pasiva del asegurado bajo dicha cesión. Deberá presentarse la cesión original.

Cuando sea pagadera una póliza, o bien cualquier parte de ella, a los hijos o a otros de una clase, deberá presentarse una declaración jurada, dando el nombre y la fecha de nacimiento de cada individuo; en caso de haber fallecido cualquiera de ellos, deberá la declaración incluir la fecha y el lugar de defunción, y deberá indicar si murieron solteros, interesados o sin sucesión.

Una vez verificada una investigación oficial en cuanto a la causa del fallecimiento, deberá suministrarse adjunta a esta declaración una copia del veredicto o decisión debidamente certificada.

FORMULARIO No. 2: Deberá ser presentado por todo médico que haya tratado, cuidado o asistido al asegurado durante el curso de su última enfermedad y la Compañía suministrará al efecto cuantos formularios se necesiten.

FORMULARIO No. 3: Deberá ser otorgado por una persona, mayor de edad, que haya conocido al asegurado sin tener parentesco alguno con él, que haya visto los restos mortales y que no tenga interés alguno en el producto de la póliza.

Se reserva la Compañía el derecho a requerir o conseguir informes suplementarios si los juzgare necesarios.

En cada una de las formas agregadas a la presente, encontrará instrucciones adicionales respecto a los asuntos correspondientes. Antes de completarlas, sírvase leerlas detenidamente.

Favor adjuntar póliza original.