

LATINA SEGUROS Y REASEGUROS C. A.

PRUEBA DE MUERTE

DECLARACION No. 1

Esta DECLARACIÓN debe hacerla la persona ó personas a quienes sea pagadero al seguro. Si hubiere más de una, todas pueden hacer conjuntamente la declaración o se entregará a cada una un formulario para que declare por separado.

Si la póliza fuere pagadera a un menor, o a un incapaz, su representante legal o su tutor hará la declaración.

Si la Póliza hubiere sido cedida, el cesionario hará la declaración, que será acompañada del documento original del traspaso.

Si la o las personas no supieran firmar, esta declaración será suscrita por una persona capacitada, estableciendo que lo hace "a ruego de por no saber firmar", y a continuación firmarán dos testigos.

En caso de haberse instruido sumario policial, deberá acompañarse una copia auténtica del mismo.

1. No. de la póliza Fecha de emisión Cantidad asegurada

2. Nombres y apellidos completos del difunto, con todas sus letras.
---	-------

3. Residencia que tenía el difunto desde que se expidió la póliza.
--	-------

4. Ocupación que tubo el difunto en la fecha en que se expidió la póliza.
---	-------

5. Ocupación que tubo con posterioridad a esa fecha.
--	-------

6. a) Lugar de nacimiento. b) Fecha de nacimiento. Tómese los datos de la partida de nacimiento o de bautismo.	a)..... b).....
--	-----------------------------

7. ¿De dónde obtuvo la fecha de nacimiento?
---	-------

8. a) Causa del fallecimiento. b) Lugar donde ocurrió. c) Fecha del mismo.	a)..... b)..... c).....
--	-------------------------------

9. Nombre y residencia del o de los médicos que asistieron al difunto durante los cinco años anteriores a su muerte.
--	----------------

10. ¿Cuánto tiempo ha conocido Ud. al difunto?
--	-------

11. ¿En qué otra Compañía y por qué sumas estaba asegurada la vida del difunto?
---	----------------

11. ¿Con qué carácter o con qué título reclama Ud. el seguro?
---	-------

DECLARO que todo lo antes expresado es exacto y completo, según mi leal saber y entender nuestro
DECLARAMOS

Fecha en _____
el día _____ de _____ del 20 _____

Firma. _____
Firma. _____
Firma. _____

La firma debe ser reconocida
jurídicamente

LATINA SEGUROS Y REASEGUROS C. A.

PRUEBA DE MUERTE

POLIZA No.

DECLARACION No. 2

ESTA DECLARACIÓN debe ser llenada de puño y letra y suscrita por el médico que asistió al difunto durante su última enfermedad.
(Léase previamente las Advertencias Especiales impresas al dorso de esta página).

1. Nombres y apellidos completos del difunto, con todas sus letras.	.....
2. ¿Cuánto tiempo conoció Ud. al difunto?	.....
3. ¿Donde residía cuando falleció?	.....
4. ¿Donde residía antes?	.....
5. ¿Cuales eran sus ocupaciones?	.....
6. a) ¿Donde ocurrió el fallecimiento? (Sanatorio, Hospital, etc.) b) ¿En que fecha?	a). b).
7. Especifique con la mayor exactitud posible los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer.	Edad Estatura Peso Color del Cabello de los ojos Señales particulares
8. ¿Cuánto tiempo ha sido Ud. el médico asistente o consultor del difunto?	.....
9. a) ¿Cuál fue la última enfermedad del difunto? b) En su opinión, cuanto tiempo sufrió de esta enfermedad y en que fechas-durante la evolución de la misma - efectuó Ud. su primera y su última visita? c) ¿Cuál fue la causa inmediata de la muerte? d) Si el fallecimiento ha sido causado por accidente, sírvase facilitar amplios detalles al respecto.	a). b). c). d).
10. Algún otro facultativo atendió al difunto durante su última enfermedad? (En caso afirmativo, indíquese nombres y dirección)	..... .....
11. ¿Cuando consulto a ud. por primera vez al difunto o algún pariente o amigo del mismo - sobre la atención que, directa o indirectamente, causo su deceso?	..... .....
12. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento - directa o indirectamente - el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o residencia del difunto?	..... .....
13. a) Antes de la última enfermedad del difunto, en que otras le prestó Ud. asistencia médica o fue por él consultado? b) ¿En qué fecha, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento señalado en cada caso?	a). b).
14. ¿De, qué otras enfermedades importantes padeció el difunto? (Trate, además, de precisar fechas, duración y secuelas).	..... .....
15. ¿Desde qué fecha el difunto estuvo recluido en su casa o impedido de atender sus ocupaciones?	.....
16. ¿Se intruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico después de la muerte? (Que, por quién y a que conclusiones se arribo?)	..... .....

DECLARO que todo lo expresado por mi en este formulario es exacto y completo.

Fechado en

Firma

el día de del 20.....

Dirección

La firma debe ser reconocida
jurídicamente