

## Declaración del Reclamante Póliza de Saldos Deudores



**Sírvase contestar a todas las preguntas con amplitud.  
(No responder o responder de forma incompleta puede retrasar el pago de la reclamación)**

1. Número de la póliza: \_\_\_\_\_ Contratante: \_\_\_\_\_
2. Número de Préstamo u Operación: \_\_\_\_\_
3. Relación del fallecido con la persona que notifica (Favor marcar el inciso que corresponda):  
 Cónyuge  Madre  Padre   
 Hermano  Patrono  Amigo   
 Deudor  Codeudor  Otro  (indicar) \_\_\_\_\_

**Datos del Fallecido:**

4. Nombre completo: \_\_\_\_\_
5. Dirección completa de su última Residencia: \_\_\_\_\_
6. No. de Cédula: Orden: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Extendida en: \_\_\_\_\_
7. Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Día  Mes  Año
8. Lugar y fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_ Día  Mes  Año
9. Nombre del padre: \_\_\_\_\_
10. Nombre de la madre: \_\_\_\_\_
11. Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

**Datos del Fallecimiento:**

12. Especifique la causa de la muerte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Si el fallecimiento NO fue a causa de enfermedad, describa el incidente y la fecha lo más detallado posible:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Si el fallecimiento fue a causa de enfermedad, indique lo siguiente: nombre de la enfermedad y fecha de diagnóstico.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Indique la información que se detalla a continuación, de los médicos que trataron al fallecido:

NOMBRE	COLEGIADO	DIRECCION	TELEFONO

Seguros Universales, S.A. | 4ª Calle 7-73, Zona 9 | apdo. 01009 | Guatemala, C.A.  
 Tel.: 2384 7400 / 2384 7500 | Fax: 2332 3372 | www.segurosuniversales.net | info@segurosuniversales.net

16. Indique la información que se detalla a continuación, de los hospitales, sanatorios o clínicas en los que fue atendido el fallecido:

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO

17. Indique el nombre de autoridades que intervinieron: (policía, Ministerio Público, etc.)

\_\_\_\_\_

18. Indique el nombre de instituciones de servicio que intervinieron: (bomberos, socorristas, etc.)

\_\_\_\_\_

19. Indique nombre y dirección de la funeraria que prestó el servicio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Indique día y hora del sepelio: \_\_\_\_\_

21. Indique nombre del cementerio donde fueron inhumados los restos: \_\_\_\_\_

22. Información de los seguros en otras compañías sobre la vida del fallecido.

NOMBRE DE LA COMPAÑIA	NO. DE POLIZA	VIGENCIA DEL SEGURO	SUMA ASEGURADA

**Declaro que toda la información anterior es verdadera y exacta, por lo tanto es la que debe ser tomada en cuenta para completar el trámite de la reclamación correspondiente.**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**Datos de quien emite esta declaración:**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

No. de Cédula      Orden: \_\_\_\_\_      Registro: \_\_\_\_\_      Extendida en: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos del Testigo: (Representante del Contratante)**

Nombre completo : \_\_\_\_\_

Cargo dentro de la empresa: \_\_\_\_\_

No. de Cédula      Orden: \_\_\_\_\_      Registro: \_\_\_\_\_      Extendida en: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_