

## Instrucciones

La declaración No. 1 debe ser hecha por la persona (o personas) a quien es pagadera la Póliza. Si hay más de un beneficiario, pueden todos hacer la declaración o si se desea se suministrarán formas en blanco para cada uno.

Cuando una Póliza es pagadera a los representantes legales del asegurado, la declaración debe ser hecha por el albacea o administrador legal.

Cuando una Póliza es pagadera a beneficiario nombrado, de mayor edad, la declaración debe ser hecha por tal beneficiario.

Cuando una Póliza es pagadera a un menor, la declaración debe ser hecha por el tutor del mismo.

Cuando una Póliza ha sido traspasada, la declaración debe ser hecha por el cesionario y debe ser acompañada de la cesión original o de una copia certificada de la misma. En este último caso, la cesión original debe entregarse con la Póliza al pagarse el reclamo.

En el caso de que había sido pagadera una Póliza a un beneficiario nombrado, y que por motivo de la muerte de dicho beneficiario se vuelve a ser pagadera de otro modo, una declaración bajo juramento debe suministrarse, dando el lugar y la fecha de la muerte del difunto beneficiario.

Cuando una Póliza o parte de ella, es pagadera a "hijos" en general, una declaración bajo juramento se debe suministrar, dando los nombres y la fecha de nacimiento de todos los hijos. Si hubiese muerto alguno, se debe declarar la fecha de su muerte y también constar que murió soltero, intestato y sin hijos; o bien, se debe suministrar prueba de quien está autorizado para administrar su testamentaría.

Al haberse una declaración por un administrador, albacea tutor o apoderado, se deben suministrar copias certificadas de su nombramiento y autoridad.

---

Al haberse verificado una pesquisa judicial, se debe suministrar una copia certificada del veredicto y del testimonio en que fue basado.

La declaración No. 2 debe ser hecha por el médico quien asistió al difunto durante su última enfermedad, y debe ser escrita enteramente en su propia letra. Si fueron empleados más de un médico, se debe suministrar la declaración separada de cada uno en formas adicionales que se proporcionan con este fin, al necesitarse.

---

Todas las declaraciones deben hacerse bajo juramento ante un funcionario debidamente autorizado para formar juramentos, y su autoridad y la autenticidad de su firma deben ser atestadas por el secretario del Juzgado correspondiente, bajo su sello oficial, a menos que tal funcionario ponga su sello en cada certificación.

---

Todas las preguntas deben contestarse entera y claramente, y la Compañía se reserva el derecho de exigir más datos si fuesen juzgados necesarios.

---

No se necesita la intervención de tercero para el cobro de un reclamo aprobado, y el pago de una comisión a alguien por servicios en respecto a tal reclamo es innecesario.



**SANTO DOMINGO:** Av. Winston Churchill 1100. Tel. 809-544-7200. Fax: 809-544-7745 | **ICENTRO DE SERVICIOS:** C/ Fantino Falco Esq. Ave. Lope de Vega. Tel. 809-544-7111. 809-544-7161 | **Sucursal ZONA ORIENTAL:** Av. San Vicente de Paul 120, Alma Rosa. Tel. 809-592-5844. Fax: 809-597-3145 | **SANTIAGO:** Av. Juan Pablo Duarte 106.3er.piso. Tel. 809-247-3922. Fax: 809-580-3290 | **PUERTO PLATA:** C/Beller 53, Edificio Puertoplata II. 1er Piso. Tel. 809-261-5646. Fax: 809-261-0023 | **SAN FCO DE MACORIS:** Calle el Carmen, esq. Castillo 2do.Piso. Tel. 809-588-3737. Fax: 809-588-3838 | **LA ROMANA:** C/Padre Abreu, Plaza Unicentro 1er Piso. Tel. 809-550-7600. Fax: 809-556-5884 | **BANI:** C/ Presidente Billini 22, Plaza Villar, 2do Piso. Tel. 809-522-8288. Fax: 809-522-4877.

RNC-101001941

## DECLARACIÓN DE MUERTE

El suministro por ésta Compañía de formas en blanco para pruebas de muerte no debe interpretarse como reconocimiento de que hay algún seguro en vigor sobre la vida de la persona cuyo muerte se puede verificar por las mismas; ni perjudicará el derecho de la Compañía de mantener cualquiera y toda defensa legal que le pueda ser abierta.

### DECLARACIÓN NO. 1

Que debe hacer la persona que reclama el seguro

1. Póliza No.	Fecha de la Póliza	Cantidad reclamada \$	
2. Nombre completo del difunto			
3. Residencia del difunto desde que fue extendida dicha Póliza.			
4. Ocupación a la fecha de la Póliza.			
5. Ocupación desde que fue extendida la Póliza.			
6. Lugar de nacimiento del difunto.			
7. Fecha de nacimiento del difunto.			
8. ¿De dónde obtuvo la fecha de nacimiento? (Debe obtenerse de la fe de bautismo, o partida en el Registro Civil).			
9. Lugar de la muerte del asegurado.			
10. Fecha de la muerte del asegurado			
11. Nombre y residencia de cada médico, quién asistió al difunto durante su última enfermedad.			
12. Nombre y residencia de cada médico, además de los arriba mencionados, quién asistió al difunto durante el año precedente de su muerte, y para qué.			
13. ¿Tuvo lugar una Pesquisa Judicial? En caso afirmativo, debe enviar a la Compañía una copia certificada del fallo del jurado y todo el testimonio sobre el cual se basó el veredicto.			
14. ¿Desde cuando conocía usted al difunto?			
15. a. ¿Cuánto principió a ser afectada la salud del difunto? b. ¿Duración de su última enfermedad? c. ¿Causa inmediata de su muerte? d. Dé detalles con relación a la última enfermedad del difunto, según su conocimiento.		a. b. c. d.	
16. ¿En qué otras compañías, y por qué cantidades estaba asegurada la vida del difunto? (Dar la fecha de cada póliza)		Compañías	Fecha de la Póliza
17. a. ¿En qué calidad, o en virtud de qué título, reclama usted este seguro? b. ¿Es usted mayor de edad y legalmente autorizado para recibir la cantidad reclamada? c. En caso negativo, ¿que parte de dicha suma?		a. b. c.	
18. a. ¿Por quién fue pagada la última prima? b. ¿A quién fue pagada, y cuándo?		a. b.	

FECHADA en \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

#### JURAMENTO

En la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ ante

mí, el infrascrito Notario Público, personalmente compareció \_\_\_\_\_

quien me consta ser mayor de edad y apto para otorgar y enterarse del anterior instrumento, y juró que las declaraciones y respuestas hechas arriba y firmadas por \_\_\_\_\_ en mi presencia son verdaderas, según su leal

saber y entender, y que no ha sido ocultado de la Compañía ningún hecho de importancia.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN NO. 2**

Que debe hacer el médico asistente. Todas las respuestas deben hacerse en letra propia del médico.

1. Nombre completo del difunto	
2. Ocupación	
3. Residencia	
4. ¿Desde cuando conocia usted al difunto?	
5. ¿Desde cuando era usted el médico asistente o consultor del difunto?	
6. ¿Para que dolencia trató o consultó al difunto anteriormente a su última enfermedad?	
7. ¿Fue usted el médico asistente durante su última enfermedad?	
8. ¿Fecha de su primera visita o recela en la última enfermedad del difunto?	
9. Fecha de su última visita	
10. Lugar de fallecimiento.	
11. Fecha del fallecimiento.	
12. ¿Cuándo fueron aparentes en el difunto los primeros síntomas de su última enfermedad?.	
13. a. Mencione la enfermedad de que murió el difunto. b. Dé la fecha de su origen. c. Dé la historia y síntomas de esta enfermedad.	a. b. c.
14. a. ¿Fue acompañada o complicada la enfermedad de que murió, con otra enfermedad aguda o crónica? (Detalles) b. ¿Desde cuándo padecía esta enfermedad secundaria?	a. b.
15. ¿Había sufrido el difunto alguna vez lesión, o tenido que someterse a alguna operación? (Fecha y detalles)	
16. ¿Por cuánto tiempo fue retenido el difunto en su caso o impedido para atender a sus negocios?	
17. ¿Hubo alguna causa especial, directa o indirecta, en las costumbres, ocupación, modo de vivir o residencia del difunto predisponente a enfermedad?	
18. ¿Se hizo una autopsia? en caso afirmativo, ¿quién la hizo y con qué resultados?	
19. ¿Fue asistido el difunto por otros médicos durante su última enfermedad? En tal caso, diga el nombre y la dirección de cada uno.	

FECHADA en \_\_\_\_\_  
 el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección postal \_\_\_\_\_