



**INFORMACION DE UNA TERCERA PERSONA QUE DE REFERENCIAS SOBRE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO**

**Declaración 3/3**

1.- Nombre del fallecido: \_\_\_\_\_

2.- Nombre del informante o conocido del fallecido: \_\_\_\_\_

3.- Cuanto tiempo estima usted que duro el padecimiento que le causó la muerte \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.- Existieron otros factores que contribuyeron a causar la muerte \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.- Sabe usted si el fallecido tuvo el habito de las bebidas alcohólicas o de narcóticos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.- Hubo alguna investigación oficial de la causa de la muerte, o autopsia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.- Que otros médicos atendieron al fallecido en su última enfermedad y/o padecimiento  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.- Otros comentarios \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Las declaraciones anteriores son verdaderas y hechas por mi buena fe, y hago constar que no tengo Interés directo ni indirecto en el pago del seguro.

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo del informante**  
No. D.U.I. \_\_\_\_\_  
Extendido el \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**Anexar a este formulario Fotocopia del DUI y NIT.**