



DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

1. ¿Es usted el beneficiario designado en el Certificado Individual y con derecho al cobro de éste?

SI

NO

a) Indique su parentesco si lo hubiere con el asegurado

b) Indique su dirección postal

2. Causas de Muerte

a) Proporcione detalles

b) Duración de la enfermedad

3. Nombre y dirección del médico que lo atendió

a) Funeraria que se encargó de su inhumación

4. ¿Poseía el Asegurado otro seguro? Si así fuere, en qué compañía y por qué cantidad?

SI

NO

Fecha en el día de de

Nombre del Beneficiario

Firma del Beneficiario