

(Antes de llenar este formulario, sirvase Ud. leer atentamente las instrucciones que aparecen a la vuelta)

PRUEBAS DE MUERTE relacionadas con el siniestro de _____ asegurado en MAPFRE PANAMA, S.A. según Póliza número _____ expedida _____ por la cantidad de _____	
1- Nombre y apellido completo del finado, con todas sus letras.	
2- Residencia	
3- Ocupación, al tiempo de emitir la póliza. Ocupación, cuando ocurrió el fallecimiento.	a. b.
4- Fecha y lugar de nacimiento. (si la edad no ha sido aún probada por la Compañía, el reclamante deberá adjuntar a esta declaración el certificado de nacimiento respectivo).	
5- Fecha y lugar de fallecimiento.	
6- ¿En que otras Compañías y por qué sumas estaba asegurada la vida del finado?	
7- ¿Quién o quienes estaban presentes al ocurrir el fallecimiento? (indíquese los nombres y dirección de tres personas).	
8- ¿Con qué carácter o título reclama usted el seguro?	
9- ¿Es usted mayor de edad?	
10- ¿Desea usted llevar a cabo la liquidación de este seguro, de acuerdo con alguno de los planes que se indican en la póliza de la persona fallecida?	
11- a) ¿Era casado el asegurado? b) ¿Cuántas veces lo fué? c) ¿Indíquese las fechas y detalle de cada matrimonio?	a. b. c.
12- a) ¿Dejo testamento el asegurado o falleció intestado? b) Si existe testamento, indique usted si por disposición testamentaria se cambió en alguna forma el nombramiento de beneficiario hecho en la póliza, o el modo de efectuar el pago de la misma.	a. b.
FECHADO en _____ el día _____ de _____ de 20 _____ Firma _____ Dirección _____	
CONSTANCIA	
Hacemos constar que en nuestra presencia, _____ _____ _____	
Testigo _____	Domicilio _____
Testigo _____	Domicilio _____