



Compañía de Seguros

Edificio Corporativo ASSA, Pista Jean Paul Genie, costado oeste.  
Edificio BID, MR-67 Managua, Nicaragua.  
Teléfono: (505) 2276-9000 | reclamospersonasni@assanet.com  
Web www.assanet.com.ni

Anexo A

### Declaración que deberá hacerse por la(s) persona(s) que tiene(n) derecho a reclamar el pago de seguro

Por la presente se pone en conocimiento de ASSA, Compañía de Seguros, S.A. que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ha fallecido. Que dicho(a) señor (a) era  
la misma persona cuya vida estaba asegurada con ASSA, Compañía de Seguro, S.A., bajo la Póliza No. \_\_\_\_\_  
fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ por la suma  
de \_\_\_\_\_  CÓRDOBAS  DÓLARES, y que todas las primas  
sobredicha póliza han sido pagadas debidamente. En consecuencia, solicito(amos) la liquidación de la suma asegurada a (los)  
beneficiarios registrados, de acuerdo con las estipulaciones del contrato de Seguro respectivo, y bajo la información contenida  
en las preguntas y respuestas que siguen:

1. Nombre completo de la persona fallecida a quien se refieren las preguntas y respuestas contenidas en esta declaración (sin abreviaturas)  
\_\_\_\_\_
2. Domicilio (dirección) de él (la) fallecido(a) al momento de su muerte:  
\_\_\_\_\_
3. Ocupación de él(la) fallecido(a) a la fecha en que se aseguró:  
\_\_\_\_\_
4. Al fallecer, ¿qué ocupación (o cargo) desempeña él(la) asegurado(a)?:  
\_\_\_\_\_
5. Lugar y fecha de nacimiento del asegurado(a) (ciudad y país):  
\_\_\_\_\_
6. ¿De dónde fue sacada la fecha anterior?:  
\_\_\_\_\_
7. Lugar (hospital y/o domicilio), ciudad y fecha de la muerte:  
\_\_\_\_\_
8. ¿Cuál fue la causa de su muerte? (Indique lesiones, no circunstancias):  
\_\_\_\_\_
9. ¿Cuánto tiempo duró su enfermedad y/o lesión?  
\_\_\_\_\_
10. ¿Cuándo se presentaron los primeros problemas de salud?  
\_\_\_\_\_
11. Manifiéstese todos los hechos con respecto a la causa y circunstancias de la muerte del asegurado (a)  
\_\_\_\_\_
12. ¿En qué centro de salud, hospital, clínica particular, empresa médica provisional, era atendido el asegurado o pasaba consulta?  
\_\_\_\_\_
13. El(la) asegurado (a) era empleado(a) activo(a) al momento de fallecer o estaba jubilado(a) por el INSS (si estaba jubilado (a) por el INSS, diga el tipo de jubilación: ¿vejez, invalidez)?  
\_\_\_\_\_

14. Desde cuándo conoce usted al extinto(a): \_\_\_\_\_

¿El asegurado(a) era soltero(a) \_\_\_\_\_ tenía compañero(a) \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

15. Por favor, indique el número total de hijos del asegurado. Para cada uno, proporcione sus nombres completos y fechas de nacimiento:

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

16. El fallecido(a):

a. Tomaba licor \_\_\_\_\_ b. Tomaba en exceso \_\_\_\_\_ c. Estaba ebrio al momento de fallecer \_\_\_\_\_  
(favor contestar sí o no)

17. ¿Con qué carácter, título o decreto reclama(n) el seguro y cuáles son las pruebas de su carácter, título o derecho?:

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

18. ¿Tenía el fallecido (a) alguna otra póliza de vida?

Si las tenía, mencione el nombre de la (s) aseguradora (s), suma (s) asegurada (s) y fecha (s) de la póliza(s):

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

19. Para cualquier aclaración o información adicional. ¿A quién podemos dirigirnos?:  
(favor indicar nombre completo, dirección exacta y teléfonos disponibles)

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

Por el presente declaro(amos) que las anteriores respuestas son ciertas y exactas hasta donde me (nos) consta, sé (sabemos) y recuerdo(amos). En fe de lo cual firmo(amos), en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

_____ Firma del Reclamante	_____ Teléfono	_____ Firma del Reclamante	_____ Teléfono	_____ Firma del Reclamante	_____ Teléfono
_____ Nombre del Reclamante		_____ Nombre del Reclamante		_____ Nombre del Reclamante	
_____ Dirección del Reclamante		_____ Dirección del Reclamante		_____ Dirección del Reclamante	
_____ Testigo (Nombre y Firma)	_____ Teléfono	_____ Testigo (Nombre y Firma)	_____ Teléfono		
_____ Dirección			_____ Dirección		

**Importante:** Si el seguro es colectivo, la firma debe ser del representante:

Las firmas que anteceden y dicen: \_\_\_\_\_

son auténticas y fueron puestas de su puño y letra, ante mí por: \_\_\_\_\_

El suscrito delegado del Contratante. declara que las anteriores respuestas son ciertas hasta donde nos consta y sabemos:

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del contratante (según aplique)