MetLife

Declaración 3

Para facilitar los trámites de esta declaración, por favor llénala con letra de molde y tinta negra. No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

Esta declaración debe ser otorgada por alguna persona mayor de edad, quien haya conocido al finado y tenga conocimiento de su muerte, sin tener parentesco con éste, ni interés alguno en la reclamación.

1. Nombre completo del finado

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Fecha de nacimiento Día | Mes | Año

2. Lugar del fallecimiento

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____

Código postal _____ Colonia / Barrio _____ Municipio / Delegación _____ Ciudad / Población _____

Estado _____ Fecha de fallecimiento Día | Mes | Año

3. ¿El finado es la persona cuya vida quedó asegurada en la póliza de seguro en que se funda la reclamación?

_____

4. ¿Qué ocupaciones ejerció el finado durante los últimos años?

_____

5. ¿Desde cuándo conociste al finado? _____

6. ¿Cuál fue la causa de fallecimiento del finado? _____

7. ¿Viste el cuerpo del finado después del fallecimiento? _____

8. Lugar de la inhumación

_____ Fecha Día | Mes | Año

9. Nombre del declarante _____

10. Ocupación _____ **Edad** _____

11. Domicilio postal

_____

12. Tiempo de residencia _____

Firmado en: _____ Día | Mes | Año

_____

Firma

MetLife Más, S.A. de C.V., Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 11, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 5279 4542, Lada sin costo 01 800 640 2010, www.metlifemas.com.mx