

**AVISO**

Antes de realizar esta declaración, deberá leer y cumplir estrictamente las instrucciones especiales de llenado y contestar cada una de las preguntas que se relacionan a continuación.

**INSTRUCCIONES ESPECIALES**

La Declaración debe hacerla una persona legalmente capacitada y no estar sujeta a un proceso de interdicción; que haya conocido al asegurado y que no tenga interés alguno en la reclamación.

Este formato deberá ser llenado con letra de molde y las preguntas deberán ser contestadas de manera clara y precisa.

El apartado de constancia deberá ser llenado por dos personas que no se encuentren legalmente incapacitadas o que no se encuentren en un proceso de interdicción y que conozcan al testigo principal.

**Datos Generales del Testigo**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Clave Lada:	Teléfono No.:
Tipo de Identificación:			Núm. de Identificación:		

**DECLARACIÓN**

**Datos del Finado**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Clave Lada:	Teléfono No.:
Ocupación:					

**Datos del Médico 1 que atendió al Asegurado**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		País:	Teléfono No.:

**Datos del Médico 2 que atendió al Asegurado**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		País:	Teléfono No.:

**Datos Adicionales**

¿Cuánto tiempo conoció al finado?

Tipo de relación que tenía con el finado:

Causas de la muerte: \_\_\_\_\_

¿Vió usted el cadáver?

SI NO 

¿Le consta que el cadáver de la persona fallecida llevaba el nombre y apellidos arriba indicados?

SI NO 

Fecha de la Defunción

Día Mes Año

¿En donde se realizaron los servicios funerarios?

Si la muerte fue violenta indique que autoridad tomo conocimiento del hecho: \_\_\_\_\_

Hago constar que esta declaración la realizó voluntariamente y que mi consentimiento no se encuentra viciado; que tengo capacidad natural y legal, y no estoy sujeto a un procedimiento de interdicción, por lo que estoy dispuesto(a) a ampliar y/o ratificar este testimonio.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Población

Firma del Declarante

**Constancia**

Hacemos constar que este testimonio ha sido proporcionado voluntariamente y firmado en nuestra presencia, por el (la) \_\_\_\_\_, y no hemos observado en el (ella) alguna incapacidad natural, y no tenemos conocimiento de que este sujeto(a) a un procedimiento de interdicción, lo anterior lo atestiguamos ya que lo (la) conocemos y nos manifestó que las declaraciones anteriores las ha hecho de buena fe y estan ajustadas a la verdad.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Calle:

Edificio:

No. Exterior / No. Interior

Colonia / Fraccionamiento:

Código Postal:

Delegación / Municipio:

Ciudad / Población:

Entidad Federativa (Estado):

País:

Teléfono No.:

Firma

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Calle:

Edificio:

No. Exterior / No. Interior

Colonia / Fraccionamiento:

Código Postal:

Delegación / Municipio:

Ciudad / Población:

Entidad Federativa (Estado):

País:

Teléfono No.:

Firma