



DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

DENUNCIA DE SINIESTRO

VIDA OBLIGATORIO



POLIZA	CERTIFICADO		
NRO. DE SINIESTRO			
		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL											
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT						
	DNI	LE	LC	CI	CUIT							
	CALLE					NRO.		PISO		DTO.		
	COD. POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO			

ASEGURADO FALLECIDO	APELLIDO Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO					NRO. DE DOCUMENTO				FECHA DE NACIMIENTO		
	DNI	LE	LC	CI	CUIT							
	CALLE					NRO.		PISO		DTO.		
	COD. POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO			
	ESTADO CIVIL						NACIONALIDAD					
	FECHA DE FALLECIMIENTO						EMPRESA DONDE PRESTO SERVICIOS					
	FECHA DE INGRESO AL EMPLEO						AFILIACIÓN PREVISIONAL NRO.					

DOCUMENTACION A ADJUNTAR	<p>a) Formulario denuncia (1720_19)</p> <p>b) Partida de defunción (certificada en original)</p> <p>c) Constancia de CUIL del empleado.</p> <p>d) Copia certificada por el empleador del último recibo de sueldo del empleado.</p> <p>e) Copia certificada por el empleador de la liquidación definitiva realizada a los herederos del empleado fallecido.</p> <p>f) Declaración de Alta Temprana en AFIP del empleado fallecido y nómina de empleados ingresados al SUSS correspondiente al mes del fallecimiento del asegurado.</p> <p>g) Original o copia del formulario de designación de beneficiarios. Si no posee designación expresa adjuntar copias certificadas en original de documentación que acredite (esposa-o; conviviente; hijos) o copia certificada de Declaratoria de Herederos.</p>
---------------------------------	--

LUGAR:		
FECHA:/...../..... FIRMA DEL CONTRATANTE ACLARACIÓN DE FIRMA

NOTA: Este formulario reviste carácter de declaración jurada. Deberá ser cumplimentado a máquina o con letra de imprenta.