

DENUNCIA DE SINIESTRO

Informe del Contratante

Nombre/s y Apellido/s completos del Asegurado

Nacido en	Fecha	Nacionalidad	Estado civil
Domicilio			
DNI	Póliza N°		Vigencia
N° del último endoso abonado	Vigencia (mes y año de cobertura)		Emitido el
Último sueldo del Asegurado \$	Certificado N°	Vigencia	Capital Asegurado \$
Fecha ingreso al empleo	Último día de trabajo efectivo	N° CUIL	
Tipo de reclamo	Fallecimiento/Fecha	Lugar	Causa

BENEFICIARIOS

1. Nombre/s y Apellido/s completos	Parentesco	Edad
Domicilio		
Tipo y N° de Documento	CUIT/CUIL	Teléfono / Email
2. Nombre/s y Apellido/s completos	Parentesco	Edad
Domicilio		
Tipo y N° de Documento	CUIT/CUIL	Teléfono / Email

OBSERVACIONES

Firme aquí	Lugar y fecha	Firma y sello del Contratante
-------------------	---------------	-------------------------------

Nota: En caso de haber más beneficiarios favor consignar en el reverso. Esta comunicación habrá de ser acompañada del "Informe del Médico", copia autenticada de la partida de defunción y copia de los últimos recibos de sueldo a la fecha de fallecimiento.

IMPORTANTE: Requerimientos vinculados al origen de fondos. Según resolución Unidad de Información Financiera 32/2011. Declaro bajo juramento que los fondos oportunamente utilizados para el pago de la póliza a la que se refiere el presente trámite, han provenido de actividades lícitas.

En caso que considere que la declaración precedente en su caso no resulta valedera, marque el siguiente casillero: