

APELLIDO y NOMBRE COMPLETO del ASEGURADO	Nacido en:
	Fecha:
	Nacionalidad
	Estado Civil:

Póliza N°:				Certificado:				Ultimo sueldo:	\$
Vigencia hasta	Día	Mes	Año	Vigencia hasta	Día	Mes	Año	Suma Asegurada:	\$

DETERMINACIÓN DE INCAPACIDAD:	Fecha:	Fecha de Ingreso al Empleo:	
	Lugar:		
	Causa:	Ultimo Día de Trabajo Efectivo:	

LA PRESENTE DENUNCIA DEBERA SER ACOMPAÑADA POR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- Copia del documento nacional de identidad (D.N.I.)
- Copia último recibo de sueldo firmado por el Asegurado
- Documentación de determinación de incapacidad

OBSERVACIONES:

Lugar y Fecha: Sello y Firma del Contratante: