

<b>APELLIDO y NOMBRE COMPLETO del FALLECIDO</b>	Nacido en:
	Fecha:
	Nacionalidad
	Estado Civil:

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

<b>FALLECIMIENTO:</b>	Fecha:	Fecha de Ingreso al Empleo:	
	Lugar:		
	Causa:	Ultimo Día de Trabajo Efectivo:	

<b>BENEFICIARIOS</b>			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	TIPO y N° DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD

LA PRESENTE DENUNCIA DEBERA SER ACOMPAÑADA POR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- Fotocopia autenticada del certificado de defunción.
- Fotocopia del documento nacional de identidad (D.N.I.)
- Fotocopia últimos tres recibos de sueldo.
- Designación de Beneficiarios.
- Formulario de declaración del médico sobre la muerte del asegurado.

<b>OBSERVACIONES:</b>

Lugar y Fecha: ..... Sello y Firma del Contratante: .....