

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

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

FALLECIMIENTO:	Fecha:	Fecha de Ingreso al Empleo:	
	Lugar:		
	Causa:	Ultimo Día de Trabajo Efectivo:	

BENEFICIARIOS			
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.
- Constancia de C.U.I.L.
- Copia nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento.
- Copias certificadas por el empleador del último recibo de haberes y del último de haberes firmado por fallecido.
- Formulario de designación de beneficiarios. En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la Administracion Nacional de Seguridad Social (ANSES) de acuerdo a lo reglado por los Art. 53° y 54° de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición.

OBSERVACIONES:

Lugar y Fecha: Sello y Firma del Contratante: