

DENUNCIA POR FALLECIMIENTO - INFORME DEL CONTRATANTE

COMUNICAMOS A UDS. EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO CUYOS DATOS PERSONALES Y DEMÁS REFERENCIAS SE CONSIGNAN A CONTINUACIÓN, RESPONSABILIZÁNDONOS DE SU EXACTITUD.

Apellido y Nombres completos del Asegurado fallecido						Fecha
			Al servicio activo desde el			
			Fecha de Ingreso al Seguro			
Tipo Doc.	Número Documento	C.U.I.L. Nº / C.U.I.T Nº				Último sueldo..... que percibía desde el
Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Ocupación				Le correspondió haberes hasta el
						Fecha del Fallecimiento
Póliza Nº	Afiliado/legajo	Capital Asegurado				Licencias de los últimos tres(3) años
Causas que motivaron el Fallecimiento					Lugar del Fallecimiento	
Contratante			Domicilio			Teléfono
Apellido y Nombres de los Beneficiarios			C.U.I.L. Nº / C.U.I.T Nº	Parentesco	Tipo Doc.	Número Doc. F. de Nacimiento
1º						
2º						
3º						
4º						
Domicilio		Localidad	Provincia	C.Postal	Teléfono	Mail de los Beneficiarios
1º						
2º						
3º						
4º						
<p>_____ FIRMA BENEFICIARIO 1 _____ FIRMA BENEFICIARIO 2 _____ FIRMA BENEFICIARIO 3 _____ FIRMA BENEFICIARIO 4</p> <p>OBSERVACIONES _____</p> <p>_____</p>						

Mail del Contratante: _____

Lugar y Fecha

Firma autorizada y Sello aclaratorio

Completar únicamente en caso de Muerte Traumática

INFORME MÉDICO

ASEGURADO

1. Apellido y Nombres completos del Asegurado fallecido _____

2. Domicilio _____
3. Última ocupación _____
4. Edad _____

FALLECIMIENTO

5. a) Lugar del fallecimiento _____
b) Fecha del fallecimiento _____

INFORME

6. a) ¿Era ud. su médico asistente? _____
En caso afirmativo ¿desde qué fecha? _____
- b) ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado? _____

- c) ¿Cuándo comenzó a asistirlo de esta enfermedad? _____
- d) ¿A qué fecha puede remontarse la enfermedad? _____
- e) ¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte? _____

- f) Si el fallecimiento fue causado por accidente, sírvase facilitar los detalles que sean de su conocimiento

7. Observaciones _____

MÉDICO

8. a) Apellido y nombres del médico _____
- b) Matrícula profesional _____
- c) Domicilio _____
- d) Teléfono _____

Lugar y Fecha

Firma del Médico