



**SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO - LEY 4.282**  
**DENUNCIA DE SINIESTRO FALLECIMIENTO**

**CAPITAL ASEGURADO: \$231.000,00**

SINIESTRO N°  PÓLIZA N°  CERTIFICADO N°

TOMADOR:   
DOMICILIO:   
TELÉFONO:  -

**DATOS DEL ASEGURADO**

AP. Y NOM.:   
TIPO DE DOC.:  NÚMERO:  FECHA DE DEFUNCIÓN: 

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DATOS DEL DENUNCIANTE**

AP. Y NOM.:  TIPO DE DOC.:  N°:   
DOMICILIO:  VÍNCULO CON EL ASEGURADO:   
FECHA NAC.: 

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 SEXO:  M  F TELÉFONO:  -   
CUIL / CUIT:  E-MAIL:

	BENEFICIARIOS	FECHA DE NAC.			PARENTESCO	DOC. DE IDENTIDAD	
		DÍA	MES	AÑO		TIPO	NÚMERO
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**DOMICILIO DE BENEFICIARIOS**

**TELÉFONO**

1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones:

Lugar y fecha: .....

.....  
Firma y Aclaración  
Denunciante



.....  
Firma y Aclaración  
Repartición