

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO - PASIVOS DENUNCIA DE SINIESTRO FALLECIMIENTO

CAPITAL ASEGURADO: \$20.000,00

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

DATOS DEL DENUNCIANTE

AP. Y NOM.:

TIPO DE DOC.:

N°:

DOMICILIO:

VÍNCULO CON EL ASEGURADO:

FECHA NAC.:

DÍA	MES	AÑO

SEXO:

M	F
---	---

TELÉFONO:

CUIL / CUIT:

E-MAIL:

BENEFICIARIOS

FECHA DE NAC.

PARENTESCO

DOC. DE IDENTIDAD

	FECHA DE NAC.			PARENTESCO	DOC. DE IDENTIDAD	
	DÍA	MES	AÑO		TIPO	NÚMERO
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

DOMICILIO DE BENEFICIARIOS

TELÉFONO

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Observaciones:

Lugar y fecha:

.....
Firma y Aclaración
Denunciante



.....
Firma y Aclaración
Repartición