

# 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. N° / C.U.I.T N°		Último sueldo..... que percibía desde el				
Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Ocupación		Le correspondió haberes hasta el				
			Fecha del Fallecimiento					
Póliza N°	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. N° / C.U.I.T N°	Parentesco	Tipo Doc.	Número Doc.	F. de Nacimiento	
1º					DNI			
2º								
3º								
4º								
Domicilio		Localidad	Provincia	C.Postal	Teléfono	Mail de los Beneficiarios		
1º			BUENOS AIRES					
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