

**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

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

DÍA

MES

AÑO

TIPO

NÚMERO

DOMICILIO DE BENEFICIARIOS

TELÉFONO

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

Observaciones:

Lugar y fecha:

.....
Firma y Aclaración
Denunciante

.....
Firma y Aclaración
Repartición