

Nº de Póliza:

Fecha:

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Nacionalidad: _____
Estado Civil: _____

DATOS DEL SINIESTRO

Fallecimiento Incapacidad Accidente Enfermedad Grave Salud Oncológico
Desempleo Incapacidad Total y Temporal

Fecha del Siniestro: _____

Causa del Siniestro: _____

DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido y Nombre: _____ E-mail: _____
Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIO DESIGNADO 1

Apellido y Nombre: _____ Nacionalidad: _____
Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Sexo: Masculino Femenino
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Vínculo: _____
Ocupación: _____ CBU: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
C.U.I.L.: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____
Transferencia a: Cuenta Corriente Caja de Ahorro Entidad Bancaria: _____
Apellido y Nombre del Titular de cuenta: _____

BENEFICIARIO DESIGNADO 2

Apellido y Nombre: _____ Nacionalidad: _____
Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Sexo: Masculino Femenino
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Vínculo: _____
Ocupación: _____ CBU: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
C.U.I.L.: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____
Transferencia a: Cuenta Corriente Caja de Ahorro Entidad Bancaria: _____
Apellido y Nombre del Titular de cuenta: _____

(*) Los beneficiarios que figuren en la presente serán validados con los designados oportunamente por el asegurado.

OBSERVACIONES

NOTA

Esta comunicación tendrá que estar acompañada por la copia autenticada de la partida de defunción en caso de fallecimiento, "Informe Médico", copia legalizada del certificado de Incapacidad en caso de Invalidez o Enfermedad, el Dictamen de la Comisión Médica, Historia Clínica, denuncia policial y causa penal en caso de Accidente y de cualquier otra documentación de interés obrante en su poder.

Firma y Aclaración

Lugar y Fecha