

**SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO  
(Denuncia de siniestro)**

Póliza: .....

Endoso: .....

Nombre y Apellido del empleado fallecido: .....

Domicilio: ..... Teléfono: .....

Contratante (Empresa): .....

Domicilio: ..... Teléfono: .....

Fecha de fallecimiento: ..... Causa: .....

Fecha de nacimiento: ..... Documento de Identidad (Tipo y Nro.): .....

CUIT / CUIL N°: .....

Fecha de ingreso al empleo: ..... Fecha de egreso o baja: .....

Último sueldo (Bruto) percibido: \$ ..... Fecha: .....

Último día efectivamente trabajado: .....

**DERECHOHABIENTES**

Nombre y Apellido	Dirección y teléfono	Doc. Identidad (Tipo y Nro.)

**AL PRESENTE FORMULARIO DEBE ADJUNTARSE**

- 1) Partida de defunción del empleado, fotocopia autenticada.
- 2) Constancia de CUIL del empleado.
- 3) Declaración de Alta Temprana de AFIP, copia de la nómina de empleados del tomador/empleador y F 931 con boleta de depósito, correspondientes al mes de ocurrencia del fallecimiento.
- 4) Constancia de pago del Premio.
- 5) Copia certificada por empleador del último recibo de haberes o liquidación final.
- 6) Copia certificada por empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
- 7) Formulario de Designación de Beneficiarios. En caso de no existir, copia autenticada del testimonio de la declaración de herederos o del auto de aprobación testamento y/o declaración de derechohabientes expedida por ANSES.
- 8) Fotocopia de la 1ra. Y 2da. Hoja del/los DNI de cada una de las personas o persona designada como beneficiaria.
- 9) Fotocopia completa de la Libreta de Matrimonio.
- 10) Fotocopia de un Documento del fallecido que avale su firma.
- 11) Teléfono de los beneficiarios.
- 12) Para el caso de muerte accidental, copia de la constancia Policial o Judicial de los hechos
- 13) Copia de la notificación fehaciente que acredite haber notificado a los beneficiarios, la existencia del beneficio.