



SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO (17)  
Denuncia de Siniestro

Poliza:.....  
Endoso: .....

Buenos Aires, ..... de ..... 20.....

Nombre y Apellido  
Del empleado (Fallecido): .....

Domicilio ..... Teléfono .....

CONTRATANTE (Empresa): .....

Domicilio ..... Teléfono .....

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

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Documento identidad: Tipo y N° .....

CUIT / CUIL N°.....

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

Ultimo sueldo (Bruto) percibido: \$..... Fecha: ..... / ..... / .....

Ultimo dia efectivamente trabajado: ..... / ..... / .....

### DERECHO HABIENTES

Nombre y Apellido	Dirección / Teléfono	Doc. Identidad / Tipo / N°
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### AL PRESENTE FORMULARIO DEBEN ADJUNTARSE:

- 1) Partida de Defunción del empleado, fotocopia autenticada.
- 2) Constancia del CUIL del empleado.
- 3) Declaración de Alta Temprana de AFIP, copia de la nomina de empleados del tomador-empleador y F 931 con boleta de deposito, correspondientes al mes de ocurrencia del fallecimiento.
- 4) Constancia del pago del premio.
- 5) Copia certificada por empleador del ultimo recibo de haberes o liquidación final.
- 6) Copia certificada por empleador del ultimo 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.
- 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.

.....  
Firma y sello del representante de la Empresa.