

VIDA COLECTIVO

N° DE PÓLIZA	FECHA
--------------	-------

DATOS DEL ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES				
	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI	NRO. DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
	CALLE		NRO.	PISO	DTO.
	CÓD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO CON COD. AREA	
	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD		

DATOS DEL SINIESTRO				
<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD GRAVE	<input type="checkbox"/> OTRAS	
FECHA DEL SINIESTRO		CAUSA DEL SINIESTRO		

DATOS DEL DENUNCIANTE	APELLIDO Y NOMBRES				
	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI	NRO. DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
	CALLE		NRO.	PISO	DTO.
	CÓD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO CON COD. AREA	
	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NACIONALIDAD	E-MAIL		

BENEFICIARIO DESIGNADO N° 1	APELLIDO Y NOMBRES				
	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI	NRO. DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
	CALLE		NRO.	PISO	DTO.
	CÓD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO CON COD. AREA	
	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NACIONALIDAD	VÍNCULO	E-MAIL	
	CUIT			TRANSFERENCIA A <input type="checkbox"/> CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> CAJA DE AHORRO	
	CBU NÚMERO				
	APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA				ENTIDAD BANCARIA

BENEFICIARIO DESIGNADO N° 2	APELLIDO Y NOMBRES				
	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI	NRO. DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
	CALLE		NRO.	PISO	DTO.
	CÓD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO CON COD. AREA	
	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NACIONALIDAD	VÍNCULO	E-MAIL	
	CUIT			TRANSFERENCIA A <input type="checkbox"/> CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> CAJA DE AHORRO	
	CBU NÚMERO				
	APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA				ENTIDAD BANCARIA

OBSERVACIONES:

NOTA

Esta comunicación tendrá que estar acompañada por la copia de la partida de defunción e historia clínica en caso de fallecimiento. En caso de muerte accidental, se deberá presentar denuncia policial y causa penal que incluya informes de autopsia / toxicológicos.

Ante un reclamo por incapacidad deberá adjuntar informe médico, copia del certificado de incapacidad, dictamen de la Comisión Médica, historia clínica y de cualquier otra documentación de interés obrante en su poder. Si la incapacidad fuese a cuasa de un accidente, remitir denuncia policial y causa penal que incluya informes de autopsia / toxicológicos.

LUGAR: _____ FECHA: _____

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA