

POLIZA:	SINIESTRO:
---------	------------

Para ser conformado por la Empresa Prestadora del Servicio de Sepelio/Denunciante

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres:	LE/LC/DNI/CIN°:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	Domicilio:	Localidad:

FECHA DE FALLECIMIENTO:

LUGAR: _____

CAUSA: _____

Cobertura a Denunciar

SEPELIO	PRESTACIONAL	<input type="checkbox"/>
SEPELIO	REINTEGRO DE GASTOS *	<input type="checkbox"/>

* Con factura abonada en original

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

IMPORTANTE: Esta Denuncia deberá ser acompañada del Acta de Defunción (Certificada en Original) y Denuncia Policial (cuando el deceso haya ocurrido por causas que no sean naturales)

Lugar y fecha de Emisión

Firma y Aclaración del PRESTADOR/DENUNCIANTE