

<b>POLIZA:</b>	<b>SINIESTRO:</b>
----------------	-------------------

Para ser conformado por el Beneficiario/Denunciante

**Datos del Asegurado**

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

FECHA DE FALLECIMIENTO:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

LUGAR: .....

CAUSA: .....

**Cobertura a Denunciar**

**Riesgo Principal**

MUERTE
--------

**Clausulas Adicionales**

Invalidez Total y Permanente	Cláusula A <input type="checkbox"/>	Cláusula B <input type="checkbox"/>	Cláusula C <input type="checkbox"/>	
Muerte por Accidente	Cláusula A <input type="checkbox"/>	Cláusula B <input type="checkbox"/>	Cláusula C <input type="checkbox"/>	Cláusula D <input type="checkbox"/>
Gastos Sepelio (De los hijos Menores)	<input type="checkbox"/>			

**Datos de los beneficiarios Designados**

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS:	TIPO Y N° DE DOCUMENTO:	PARENTESCO:	EDAD:

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

**IMPORTANTE:** Esta Denuncia deberá ser acompañada de:

- Copia de Acta de Defunción (Certificada en Original) y Denuncia Policial (cuando el deceso haya ocurrido por causas que no sean naturales).

**PLAZOS DE PRESENTACIÓN:**

- Dentro de los 3 (tres) días de conocido el fallecimiento.

- **PLAZOS DE PRESCRIPCIÓN PARA EL BENEFICIARIO (LEY N° 17418).**

- Conocida la existencia del beneficio, hasta 3 (tres) años desde la fecha del Siniestro.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de Emisión

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario/Denunciante