

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

Para ser conformado por el Denunciante/Tomador

Datos del Asegurado

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

FECHA DE FALLECIMIENTO:

--	--	--

LUGAR:

CAUSA:

Cobertura a Denunciar

Riesgo Cubierto

MUERTE	
--------	--

Datos del Tomador - Beneficiario

RAZÓN SOCIAL / NOMBRE	LE/LC/DNI/CI/CUIT N°:

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).
- Estado de la deuda a la fecha del fallecimiento del Asegurado.
- Copia completa del Expediente (Préstamos) o resumen de Tarjeta (Tarjetas de Cdto.y Compras).

PLAZOS DE PRESENTACIÓN:

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

Lugar y fecha de Emisión

Firma del Beneficiario/Denunciante