



DENUNCIA DE FALLECIMIENTO

DENUNCIA DE FALLECIMIENTO

INFORME PRINCIPAL (Contratante-Asegurado)

.....
.....
.....

Apellido y nombre del asegurado

- Nacido en:
- Fecha:
- Nacionalidad:
- Estado Civil:

• Póliza afectada:.....

• Vigencia al
 día mes año día mes año

Fallecimiento

.....
.....
.....

- Fecha de ingreso al empleo:
- Último día de trabajo efectivo:

BENEFICIARIOS CONFORME DECLARACIÓN ADJUNTA

Apellido y nombres completos: Documento de identidad: Parentesco: Edad años completos:

.....
.....

Detalle de documentación acompañada:.....
.....
.....

LUGAR Y FECHA:

.....

Sello y firma del principal

INFORME DEL MÉDICO

1- Apellido y nombre completo del Asegurado:

2- Domicilio:

3- Ocupación:

4- Edad: años Talla: Peso: kg.

5- Lugar y fecha del fallecimiento:

8-a) Apellido y nombre del o los médicos:

6-a) ¿Era Ud. su médico asistente? En caso afirmativo, ¿desde qué fecha?

b) ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado?.....

c) ¿Cuándo comenzó a asistirle de esta enfermedad? (fecha)

d) ¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte?

.....

e) ¿A qué fecha podía remontarse su enfermedad?

.....

f) Si el fallecimiento fue causado por un accidente, sirvase facilitar detalles que sean de su conocimiento

.....

7- Observaciones:

.....

8-a) Apellido y nombre del o los médicos:

b) Matrícula profesional y domicilio:

.....

Lugar y fecha

Sello y firma del médico