



DENUNCIA DE FALLECIMIENTO

DENUNCIA DE FALLECIMIENTO

INFORME DEL PRINCIPAL (Contratante - Asegurado).

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

Apellido y nombre del asegurado

Nacido en:.....

Fecha:.....

Nacionalidad:.....

Estado Civil:.....

Póliza Afectada

Vigencia

dia

mes

año

al

dia

mes

año

Fallecimiento

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

Fecha de ingreso al empleo:

Ultimo dia de trabajo efectivo:

BENEFICIARIOS CONFORME DECLARACION ADJUNTA

Apellido y nombres completos:

Documentos de identidad

Parentesco

Edad años cpmpletos

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

LUGARY FECHA:

Sello y firma del principal:

INFORME DEL MEDICO

1- Apellido y nombre completos del Asegurado:

2- Domicilio:

3- Ocupación:

4- Edad.....años Talla 1m..... Peso..... Kg

5- Lugar y fecha del fallecimiento:

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

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

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

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

e) ¿A qué fecha podía remontarse la enfermedad?

f) Si el fallecimiento fue causado por accidente, sirvase facilitar los 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

.....
Firma y sello del médico