



SAN PATRICIO

SEGUROS DE VIDA Y SALUD S.A.

Una Compañía del Grupo  AAUG

DENUNCIA DE FALLECIMIENTO INFORME DEL CONTRATANTE

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres (completo) del Asegurado

Tipo y Nro de Doc. Edad Sexo

Fecha de Nacimiento/...../..... Ciudad Pcia.

Nacionalidad Estado Civil

Domicilio Localidad

Cod. Postal Pcia. Tel.:

DATOS LABORALES

Denominación Social de la Empresa Contratante:

Ocupación Cargo

Fecha de Ingreso al empleo/...../..... Antigüedad

Ultimo día de trabajo efectivo/...../..... Motivo del Egreso

DATOS DEL SEGURO

Póliza Nro.

Vigencia de la Póliza Primas Pagadas hasta

DATOS DEL ASEGURADO

Legajo Nro. Ultimo Sueldo Suma Asegurada

Fecha de Ingreso al Seguro ____/____/____

Beneficiario/s

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de Siniestro ____/____/____

Lugar y Hora de Ocurrencia

Causa del Fallecimiento

OBSERVACIONES

.....

.....

Lugar y Fecha

Sello y Firma del Contratante