



SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO Decreto 1567/74

INFORME DEL CONTRATANTE – DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO

REFERENCIA / POLIZA N°:..... ASOCIADO N°:

ASEGURADO:.....

DOMICILIO:.....

NOMBRE DEL EMPLEADO FALLECIDO:.....

FECHA DE NACIMIENTO:..... NACIONALIDAD:.....

EDAD:..... ESTADO CIVIL:.....

DOCUMENTO TIPO: L.C. - C.I. - D.U. N°:

FECHA DE FALLECIMIENTO:.....

EMPRESA DONDE PRESTO SERVICIOS:.....

FECHA DE INGRESO AL EMPLEO:.....

AFILIACIÓN PREVISIONAL N°:.....

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR:

- Copia Certificada de Acta de Defunción
- Constancia de CUIL del empleado.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de sueldo del empleado.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de sueldo firmado por el empleado.
- Declaración del Alta Temprana en AFIP del empleado fallecido o nómina de empleados ingresados al SUSS en el mes anterior al del fallecimiento del asegurado.
- Original o copia del formulario de designación de beneficiarios firmado por el empleado.
 - Si no posee designación expresa copias certificadas en original de documentación que acredite (esposa/o; conviviente; hijos)
 - Si no es ninguno de estos, copia certificada de Declaratoria de Herederos.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL CONTRATANTE

ACLARACION DE LA FIRMA

NOTA: Este formulario reviste carácter de declaración jurada. Deberá ser cumplimentado a máquina o con letra de imprenta.