

Denuncia de Siniestro | Seguro de sepelio

SINIESTRO:

Póliza N°:

Para ser conformado por la Empresa Prestadora del Servicio de Sepelio/Denunciante.

1. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido:

LE/LC/DNI/CI N°:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

Domicilio:

CP:

Localidad:

2. FALLECIMIENTO

Fecha:

Lugar:

Causa:

3. COBERTURA A DENUNCIAR

SEPELIO | PRESTACIONAL

SEPELIO | REINTEGRO DE GASTOS*

*Con factura abonada en original.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

IMPORTANTE: Esta denuncia deberá ser acompañada del Acta de Defunción (Certificada en Original) y Denuncia Policial (cuando el deceso haya ocurrido por causas que no sean naturales).

Lugar y fecha de Emisión

Firma y aclaración del Prestador/Denunciante

Denuncia de fallecimiento

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente formulario son completos y exactos a mi leal saber y entender.

Solicito/amos que el pago de la indemnización correspondiente sea realizada:

1. A la/s siguiente/s cuenta/s bancaria/s:

CBU:

Titular:

CUIT/CUIL:

Banco:

2. Mediante cheque/s a nombre del/los beneficiario/s *(Si elige esta opción marque con una cruz).*

Firma

Aclaración

DATOS DEL DENUNCIANTE DEL SINIESTRO

DNI:

Carácter:

Teléfono de contacto:

Mail:

Domicilio:

Número:

Dpto:

Piso:

Lugar y fecha: