

**Seguro de Vida Colectivo y Grupal
Anexo Formulario Denuncia del Siniestro – Fallecimiento**

Póliza N°:	Certificado N°:
-------------------	------------------------

Todas las preguntas deben ser contestadas en forma clara y completa

Detalle del Siniestro	
Fecha de fallecimiento:	Lugar de fallecimiento:
Causa de fallecimiento:	
Le rogamos indique cualquier detalle, incluyendo fechas, relativos a la enfermedad o accidentes sufridos por el Asegurado y que fueron la causa de su fallecimiento:	
Médico que asistió al asegurado al momento del fallecimiento (nombre y apellido y tel de contacto):	
<u>Nota:</u> en caso de fallecimiento por accidente recordamos que se debe adjuntar la denuncia policial donde conste el esclarecimiento de los hechos. Si posee informes del médico o de la institución médica relativos a la causa del fallecimiento, le rogamos nos haga llegar copia de los mismos.	

Documentación a presentar

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a la Compañía a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Denunciante - Aclaración