

# 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, APELLIDO Y TEL. DE CONTACTO):

NOTA: 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