

**Seguro de Vida Colectivo y Grupal
Denuncia del Fallecimiento – Informe del Empleador**

Datos Del Asegurado		
Apellido y Nombre:		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:	
Nacionalidad:	Estado Civil:	
Póliza:		
Certificado:	Vigencia:	
Último Sueldo:	Primas Pagadas hasta:	Suma Asegurada:
Fecha de Fallecimiento:		
Causa de Fallecimiento:		Lugar de Fallecimiento:
Fecha de ingreso al empleo:		
Fecha en que efectivamente concurrió por última vez al empleo:		

Observaciones

Datos del Empleador	
Teléfono:	Mail:

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Principal