Dirección de Seguros Sociales

 DENUNCIA DEL SINIESTRO

Por la presente se comunica el fallecimiento del asegurado cuyos datos y demás referencia relativa el seguro consignan a continuación, bajo la responsabilidad del firmante, que certifica la exactitud de los mismos.

 ............................................................ ............................................................

 APELLIDO del ASEGURADO NOMBRE del ASEGURADO

*Lugar y Fecha del Fallecimiento…………………………………………………………..............*

*Causa de la Muerte………………………………………………………………………………….*

*Fecha de Nacimiento………………………………………………………………………………..*

*L.E/L.C/DNI N°………………….……M……………….…….C.I N°………………………Policía*

*Repartición……………………………………………………………………………………………*

*I servicio de la Repartición desde…………………………………………………………………*

*SITUACIÓN EN EL SEGURO*

*Ingreso……………………….……..de……..……* **CAPITAL**

*Última prima descontada* *Seguro OBLIGATORIO…………………….*

*…………………………………………………….. Seguro COLECTIVO……………………….*

*…………………………………………………….. Seguro ADICIONAL………………………...*

*…………………………de………………………. Seguro FAMILIAR…………………………...*

 *TOTAL…………………………………………*

*APELLIDO Y NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS* *OTROS DATOS*

*(SEGÚN ÚLTIMO CAMBIO)*

*…………………………………………………….. ………………………………………………..*

*…………………………………………………….. ………………………………………………..*

*…………………………………………………….. ………………………………………………..*

*…………………………………………………….. ………………………………………………..*

*…………………………………………………….. ………………………………………………..*

*…………………………………………………….. ………………………………………………..*

*Observaciones:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………….*

 *LUGAR Y FECHA*

*SELLO DE LA REPARTICIÓN*

*……………………………………………….*

 *FIRMA AUTORIZADA Y SELLO ACLARATORIO*