

Formulario de Denuncia del Siniestro

Seguro de Sepelio – Reintegro de Gastos

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°: _____ Fecha de Fallecimiento: _____

Nombres y Apellidos: _____

Tipo de Documento: ☐ CUIT ☐ CUIL ☐ DNI ☐ LE ☐ LC

Número de Documento: _____

Titular: ☐ SI ☐ NO. Vínculo con el titular: _____

DATOS DEL DENUNCIANTE/BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos: _____

Tipo de Documento: ☐ CUIT ☐ CUIL ☐ DNI ☐ LE ☐ LC

Número de Documento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Cód. de Área: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Titular: ☐ SI ☐ NO. Vínculo con el titular: _____

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- ☐ Certificado de defunción.
- ☐ Factura a nombre de quien abonó el servicio de sepelio.
- ☐ DNI del beneficiario.
- ☐ Conformidad de servicio.
- ☐ Comprobante de CBU del beneficiario. La misma deberá ser de titularidad del beneficiario de pago.

DATOS DEL PRODUCTOR (a completar si es presentado por el PAS)

Nombres y Apellidos: _____ Matrícula N°: _____

_____ (Localidad), a los _____ días del mes _____ de _____

Firma del Reclamante

Aclaración