

La Territorial Vida y Salud Compañía de Seguros S.A.

25 de Mayo 432 P.11 - C1002ABJ - CABA
Tel.: 4315-6600 y Lineas Rotativas. Fax: int. 101



DENUNCIA DE SINIESTRO

Seguro Colectivo de Vida

Asegurado Nacido en

..... Fecha

Nacionalidad

Póliza N° Estado Civil

VIGENCIA

Desde

Hasta

 SUMA ASEGURADA

Fallecimiento Fecha:

Lugar:

Causa:

BENEFICIARIOS

Apellidos y nombres completos

Documentos de Identidad
y número

Parentesco

PAGO DEL SINIESTRO

El pago se hará por $\frac{\text{Cheque}}{\text{Giro}}$ sobre

a la orden de

Observaciones:

.....
Lugar y fecha

.....
Sello y firma del principal

NOTA: Esta comunicación habrá de ser acompañada del "Informe del Médico" y de copia legalizada de la partida de defunción.