

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 Obligatorio (Decreto 1567/74)

Asegurado Nacido en

..... Fecha

Nacionalidad

Póliza N° Certificado N°

Estado Civil

..... Ultimo Sueldo

VIGENCIA

Desde

Hasta

SUMAASEGURADA

Fallecimiento Fecha:

Primas a pagar hasta

--	--	--

Lugar:

Fecha de ingreso al empleo

Causa:

Ultimo día de trabajo efectivo

BENEFICIARIOS

Apellidos y nombres completos	Documentos de Identidad y número	Parentesco	Edad años completos
-------------------------------	----------------------------------	------------	---------------------

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

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.