

DENUNCIA DE ENFERMEDAD TERMINAL

FOR-STRO-27-A



Póliza N° _____ Fecha vigencia ____/____/____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos completos _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Documento Identidad: Tipo _____ N° _____

Correo electrónico _____

Presto conformidad a fin de que cualquier pedido/envío de información/documentación, así como cualquier tipo de comunicación, sea cursado, indistintamente, al domicilio real o correo electrónico declarados en el presente, o en los que en su futuro los reemplacen. Las notificaciones allí cursadas serán consideradas completamente válidas en los términos del art. 16 de la Ley de Seguros.

INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL ASEGURADO

Indicar que enfermedad padece _____

Indicar la fecha en la cuál comenzó su enfermedad ____/____/____

¿Está usted ahora imposibilitado para dedicarse a alguna ocupación? SI ___ NO ___

Indicar nombre, dirección y teléfono de los médicos que lo asisten _____

¿Se encuentra actualmente efectuando tratamiento médico? SI ___ NO ___

Detallar _____

Sírvase proporcionar, acompañando a la presente declaración, toda documentación(exámenes, radiografías, etc.) que sirvan para la comprobación del siniestro.

NOMBRE Y APELLIDO DEL ASEGURADO

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ASEGURADO

LUGAR Y FECHA