

Datos aportados por el Denunciante

Lea cuidadosamente la información solicitada y responda a TODAS las preguntas en LETRA IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible. De faltar alguna respuesta, provocará la demora en el trámite.

■ COBERTURA DENUNCIADA     Vida Colectivo     Vida Individual     Accidentes Personales     Sepelio

Indique el N° de Póliza/s afectada/s a esta denuncia: .....

■ ASEGURADO

Apellido y Nombres: .....

Documento: Tipo  DNI  LC  LE  CI Mercosur Nro. . .  (!) Adjuntar copia

CUIT/CUIL: -. . - Estado Civil: .....

Último domicilio del Asegurado: .....

Último Número de Teléfono: (  )  -

Ocupación que tenía en la fecha que solicitó el Seguro: .....

Si la hubiera cambiado posteriormente: Nueva ocupación: ..... ¿Desde cuándo? / /

Régimen Previsional:  Reparto  Capitalización (A.F.J.P.) ¿Cuál? .....  
(al que aportaba el Asegurado)

Lugar de Nacimiento: ..... Fecha de Nacimiento: / /   
(Tomar datos de la Partida de Nacimiento u otro documento fehaciente, si la edad del asegurado no hubiera sido probada con anterioridad ante la Compañía)

¿De dónde se extrajo la Fecha de Nacimiento? .....

¿El Asegurado tiene coberturas de vida contratadas en otras Compañías?

SI  NO ¿En cuál? ..... Suma Asegurada: U\$S . .

■ DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido y Nombres: .....

Documento: Tipo  DNI  LC  LE  CI Mercosur Nro. . .  (!) Adjuntar copia

Vínculo con el Asegurado: .....

Identificación tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro.

Fecha Nacimiento: / /  Nacionalidad: .....

Estado civil: ..... Actividad/Ocupación: .....

Domicilio: ..... Código Postal:

Localidad y provincia: ..... Teléfono: (  )  -   
(!) Para una mejor tramitación de su denuncia se debe completar en forma obligatoria este campo.

¿Es beneficiario del Seguro?  SI  NO

¿Conocía Usted la existencia de este seguro?  SI  NO ¿Desde cuándo? / /

¿Desde cuándo sabe Usted que es beneficiario? / /

¿Acompaña documentación de la designación?  SI  NO ¿Cuál?  Form. de designación de la Cía.  Otros .....

**Calidad bajo la cual cobra:**  Titular del interés asegurado  Tercero damnificado  Beneficiario designado  Heredero legal

Cesionario de los derechos de la póliza: Apellido y Nombres: .....

Documento: Tipo  DNI  LC  LE  CI Mercosur Nro. . .  Vínculo: .....

Motivo de la cesión: .....

Sucursal de cobro de cada beneficiario designado por el asegurado (completar sólo para beneficios a cobrarse a través de Sucursales BNA):

Nombre y Apellido	Número de DNI	Sucursal BNA de cobro