

FORMULARIO PARA LA DENUNCIA DEL SINIESTRO –
SEGURO DE SEPELIO



COMPAÑIA MERCANTIL ASEGURADORA

Sociedad Anónima Argentina de Seguros

TALCAHUANO 456 PISO 2º - CIUDAD DE BUENOS AIRES

POLIZA:	SINIESTRO:
---------	------------

Para ser conformado por la Empresa Prestadora del Servicio de Sepelio/Denunciante

Datos del Asegurado

APELLIDO Y NOMBRES:		LE/LC/DNI/CI N°:
FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	

FECHA DEL FALLECIMIENTO: ____ / ____ / ____

LUGAR: _____

CAUSA: _____

Cobertura a Denunciar

SEPELIO	PRESTACIONAL
SEPELIO	REINTEGRO DE GASTOS*

* Con factura abonada en original

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

IMPORTANTE: Esta Denuncia deberá ser acompañada del Acta de Defunción (Certificada en Original) y Denuncia Policial (cuando el deceso haya ocurrido por causas que no sean naturales)

Lugar y fecha de Emisión

Firma y Aclaración del PRESTADOR/DENUNCIANTE