

Póliza N°: _____

Yo (*apellido y nombres completos del Beneficiario en letra imprenta*) _____

en el carácter que más abajo expreso, en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la póliza arriba indicada, solicito la liquidación de la misma en virtud del fallecimiento del asegurado, y a tal efecto formulo las siguientes:

Declaraciones

1. Nombre y Apellido del Asegurado en todas sus letras

2. Ocupación del Asegurado al contratar el seguro

3. Si cambió de ocupación, dense detalles

4. Domicilio del Asegurado

5. Lugar y fecha de nacimiento del Asegurado

6. Indicar tipo y nro. de DNI del Asegurado

7. Lugar y fecha de la muerte del Asegurado. Causa de la muerte del Asegurado

8. Indicar nombre y domicilio de todos los médicos que atendieron al Asegurado en el año anterior a su deceso

9. ¿Cuántos años ha conocido Ud. al Asegurado?

10. Si el Asegurado tenía otros seguros de vida, indicar en qué compañías y sumas aseguradas en cada una

11. ¿Con qué carácter solicita Ud. la liquidación del seguro? Si lo hay, indicar parentesco con el Asegurado

12. Fecha de nacimiento del Beneficiario

Lugar y fecha _____

Dirección _____

Firma y Aclaración del Beneficiario

En _____, el día _____ del mes de _____ de _____, compareció ante mí en persona la parte arriba nombrada, Sr./a. _____

y habiendo firmado ante mí, prestó juramento y dijo que las declaraciones anteriores dadas son verdaderas, según su leal saber y entender, y que no ha ocultado ningún hecho importante a la Cooperativa.

Esta declaración debe ser juramentada ante el funcionario de más categoría de la localidad, que esté autorizado para tomar juramento y usar un sello oficial. Si la declaración se hiciese ante un Escribano Público la autenticidad de su firma debe ser legalizada por un funcionario autorizado para expedir tal certificado y usar un sello oficial. Los menores de edad no deben firmar y, en estos casos, se requiere que la declaración sea suscripta por el representante legal debidamente designado.

Firma y Aclaración