



INFORME DEL CONTRATANTE – DENUNCIA DE FALLECIMIENTO	
N° de Póliza	
Asociado N°	
Asegurado	
Domicilio	

DATOS DEL FALLECIDO			
Nombre y Apellido			
Fecha de Nacimiento		Nacionalidad	
Edad		Estado Civil	
Documento tipo	L.C. - C.I. - D.U.	N°	
Fecha de Fallecimiento			
Empresa donde prestó Servicios		Fecha de ingreso al empleo	
Afiliación previsional N°			

Documentación a adjuntar:

- Copia certificada de Acta de Defunción
- Constancia de CUIL del empleado
- Copia certificada por el empleador del último recibo de sueldo del empleado
- Copia certificada por el empleador del último recibo de sueldo firmado por el empleado
- Declaración del Alta Temprana en AFIP del empleado fallecido o nómina de empleados ingresados al SUSS en el mes anterior al del fallecimiento del asegurado.
- Original o copia del formulario de designación de beneficiarios firmado por el empleado.
- Si no posee designación expresa copias certificadas en original de documentación que acredite (esposa/o; conviviente; hijos)
- Si no es ninguno de estos, copia certificada de Declaratoria de Herederos

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

NOTA: Este formulario reviste carácter de declaración jurada. Deberá ser cumplimentado a máquina o con letra de imprenta.

F. 25/19 –2000- 07/06