Berkley Argentina Seguros
| a Berkley Company

DENUNCIA DE FALLECIMIENTO

1 Informe del contratante

Nombre del contratante _____

Póliza Nro. _____ Vigencia desde _____

Cert. Nro. _____ Capital asegurado $ _____ Fecha de Nacimiento _____

2 Datos del asegurado fallecido

Nombre completo _____

Tipo y Nro. de documento _____ Fecha de nacimiento _____

Edad al fallecer _____ Fecha de fallecimiento _____

Causa del fallecimiento: ☐ Muerte por enfermedad ☐ Muerte por accidente ☐ Muerte por suicidio

Certificamos que los datos arriba consignados son exactos

_____ _____

Lugar y fecha Sello y firma del contratante

NOTA: Adjuntar certificado de defunción

3 Observaciones

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____