



Seguro de Vida Obligatorio

SOLICITUD ON-LINE N° 463

PÓLIZA N°:  CERTIFICADO N°:  EXPEDIENTE / SINIESTRO N°: Tomador: 

## DATOS DEL ASEGURADO

Ap y Nomb.:  Tipo de Doc.:  N°:   
Estado Civil:  Fecha de Fallecimiento:   
Lugar de Fallecimiento:   
Causa de Fallecimiento: 

## DATOS DEL DENUNCIANTE

Ap y Nomb.:  Tipo de Doc.:  N°:   
CUIT:  Fecha Nac.:  Sexo.:  Parentesco.:   
Domicilio Real:  Barrio:   
Localidad:  CP:  Provincia:   
Teléfono:  Celular:   
Email: 

## BENEFICIARIOS

Beneficiarios:	Tipo:	N°:	Fecha Nac:	Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## OBSERVACIONES

## FIRMA, LUGAR Y FECHA - DENUNCIANTE

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL DENUNCIANTE

Fecha/hora actual:31/12/1969 21:00:00

**Se recuerda que el presente trámite no implica aceptación y / o posterior aprobación de la denuncia quedando la misma supeditada al control previo de la documentación por parte del personal de la Compañía de Seguros de Jujuy.**