

N°

Necochea 183 - Mendoza Capital - Prov. Mendoza - CP 5500 - Tel. 0261 429 8388 - Fax. 0261 429 9929 | Av. Belgrano 672 - Capital Federal - Prov. Buenos Aires - CP 1092 -Tel: 4310-5400 - Fax: 4310-5400 interno 5535
 Av. Moreno 503, Tres Arroyos, Prov. Buenos Aires - CP 7500 - tel. 02983 434090 Fax 02983 434090 interno 2224 | E mail ante cualquier consulta: consultaweb@lamerccantil.com.ar

DATOS DEL ASEGURADO		APELLIDO/S		NOMBRE/S	
D.N.I. <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	C.I. <input type="checkbox"/>	N°	FECHA DE NACIMIENTO / /	
ESTADO CIVIL				NACIONALIDAD	
DOMICILIO			C.P.	TELÉFONO	
BARRIO		LOCALIDAD		PROVINCIA	

PÓLIZA N°		VIGENCIA (DD/MM/AA) / /	
CERTIFICADO N°		VIGENCIA (DD/MM/AA) / /	
ULTIMO SUELDO DE \$		PRIMAS A PAGAR HASTA (DD/MM/AA) / /	
SUMA ASEGURADA \$			

LUGAR DE FALLECIMIENTO		FECHA DE FALLECIMIENTO / /	
CAUSA			
FECHA DE INGRESO AL EMPLEO (DD/MM/AA)		/ /	
ULTIMO DIA DE TRABAJO EFECTIVO (DD/MM/AA)		/ /	

BENEFICIARIOS		
NOMBRE Y APELLIDO	D.N.I.	PARENTESCO
NOMBRE Y APELLIDO	D.N.I.	PARENTESCO
NOMBRE Y APELLIDO	D.N.I.	PARENTESCO
NOMBRE Y APELLIDO	D.N.I.	PARENTESCO
NOMBRE Y APELLIDO	D.N.I.	PARENTESCO

OBSERVACIONES

FIRMA SELLO DEL CONTRATANTE	LUGAR FECHA
-------------------------------	---------------

NOTA: ESTA COMUNICACIÓN HABRÁ DE SER ACOMPAÑADA DEL "INFORME DEL MÉDICO" Y DE COPIA LEGALIZADA DE LA PARTIDA DE DEFUNCIÓN.