

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

Desempleo involuntario

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombres

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		Lugar de nacimiento	Nacionalidad		
Estado civil	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		DNI		
Domicilio: Calle			Nº	Piso	Depto./Of.
C.P.	Localidad	Provincia			
Teléfonos			Email		

Motivos de la interrupción del empleo

Despido Cierre de empresa Otros (especificar) _____

Si fue por despido: ¿Cuál fue la causa del despido?

Esta comunicación deberá ser acompañada de la copia del Telegrama de Despido, copia de los 2 (dos) últimos recibos y copia del DNI.

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social de la Empresa que se desvincula		Actividad Principal / Ramo
Período de Relación Laboral		
Desde (dd/mm/aaaa)	Hasta (dd/mm/aaaa)	Ultimo día de trabajo (dd/mm/aaaa)

OBSERVACIONES:

Autorizo a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a solicitar cualquier tipo de información relacionada con esta solicitud.

Importante: Requerimientos vinculados al origen de fondos. Según resolución Unidad de Información Financiera 32/2011. Declaro bajo juramento que los fondos oportunamente utilizados para el pago de la póliza a la que se refiere el presente trámite, han provenido de actividades lícitas.

En caso que considere que la declaración precedente en su caso no resulta valedera, marque el siguiente casillero:

Firme aquí	Firma del Asegurado o Representante	
	Aclaración (y vínculo, para Representantes)	DNI
	Lugar y fecha	