

Necochea 183 - Mendoza Capital - Prov. Mendoza - CP 5500 - Tel. 0261 429 8388 - Fax. 0261 429 9929 | Av. E. Madero 942 piso 16 - Cap. Federal - Prov. Buenos Aires - CP 1106 - tel. 011 4310 5400 - Fax. 011 4310 5400 interno 5535
Av. Paseo Colón 505 1º piso - Cap. Federal - Tel. 011 4136 5100 | Av. Moreno 503, Tres Arroyos, Prov. Buenos Aires - CP 7500 - tel. 02983 434090 Fax 02983 434090 interno 2224 | e-mail ante cualquier consulta : consultaweb@lamerchantil.com.ar

DATOS DE LA ENTIDAD TOMADORA

PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
-----------	-----------	----------

DATOS DEL FALLECIDO

APELLIDO/S		NOMBRE/S	
D.N.I. <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	C.I. <input type="checkbox"/>	N°
ESTADO CIVIL		NACIONALIDAD	
N° DE CUIL		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO / /	
		FECHA DE NACIMIENTO / /	
		NACIDO EN	

DETALLE DEL DECESO

FECHA / /	LUGAR
CAUSA	

BENEFICIARIOS

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

DOCUMENTACIÓN NECESARIA A PRESENTAR PARA EL COBRO DEL BENEFICIO:

- PARTIDA DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO.
- CONSTANCIA DE CUIL DEL TRABAJADOR.
- COPIA DE LA NÓMINA DE EMPLEADOS DEL TOMADOR-EMPLEADOR CORRESPONDIENTE AL MES DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO CERTIFICADO POR EL EMPLEADOR.
- CONSTANCIA DEL PAGO DEL PREMIO.
- COPIA CERTIFICADA POR EL EMPLEADOR DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES O LIQUIDACIÓN FINAL.
- COPIA CERTIFICADA POR EL EMPLEADOR DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES FIRMADO POR EL EMPLEADO FALLECIDO.
- FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (EN ORIGINAL).
- EN CASO DE NO EXISTIR DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO/S O SI POR CUALQUIER CAUSA LA DESIGNACIÓN SE TORNARA INEFICAZ, O QUEDE SIN EFECTO, LA DECLARACIÓN DE DERECHOHABIENTES EXPEDIDA POR LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) DE ACUERDO A LO REGLADO POR LOS ARTÍCULOS 53° Y 54° DE LA LEY N° 24.241 O PRESENTAR COPIA AUTENTICADA DE LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE TAL CONDICIÓN, SEA ÉSTA EMITIDA POR LA ANSES O POR LA CAJA PROVISIONAL RESPECTO DE LA CUAL RESULTARA APORTANTE EL ASEGURADO FALLECIDO.
- DENUNCIA POLICIAL SI ES MUERTE VIOLENTA O HECHOS TRAUMÁTICOS.
- CARTA DEL EMPLEADOR QUE ACREDITE HABER NOTIFICADO FEHACIENTEMENTE LA EXISTENCIA DEL BENEFICIO AL MOMENTO DE PRODUCIRSE EL SINIESTRO Y DIRIGIDA A LOS PRESUNTOS HEREDEROS Y/O BENEFICIARIOS CON ESPECIFICACIONES DEL MONTO DEL BENEFICIO.
- DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR LOS DESTINATARIOS DE LA PRESTACIÓN:
 - EL/LOS BENEFICIARIO/S: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD, Y DECLARACIÓN DEL ÚLTIMO DOMICILIO REAL.
 - DERECHOHABIENTES.
 - EL/LA CÓNYUGE: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD; DECLARACIÓN DEL ÚLTIMO DOMICILIO REAL; PARTIDA DE MATRIMONIO LEGALIZADA EMITIDA CON UNA ANTELACIÓN NO MAYOR A SEIS MESES DE SU PRESENTACIÓN PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO Y DECLARACIÓN JURADA DEL CÓNYUGE CONFORME EL ARTÍCULO 1° LEY 17.562 Y QUE COMO ANEXO III) FORMA PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE REGLAMENTO.
 - EL/LA CONVIVIENTE: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD; DECLARACIÓN DEL ÚLTIMO DOMICILIO REAL; INFORMACIÓN SUMARIA JUDICIAL Y DECLARACIÓN DE DERECHOHABIENTES EXPEDIDA POR LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES).
 - HIJOS/AS: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD Y PARTIDA DE NACIMIENTO LEGALIZADA, Y DE CORRESPONDER LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE QUIEN RESULTA SER SU REPRESENTANTE LEGAL (PATRIA POTESTAD, TUTELA O CURATELA).