

DENUNCIA DE SINIESTRO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE - SECCIÓN VIDA



**INSTITUTO
DE SALTA**

SEGUROS DE VIDA

España N° 943 - Tel.: 0-800-888-7090

(A4400ANU) Salta - www.institutovida.com.ar

IMPORTANTE: La correcta y total cumplimentación del presente formulario, que deberá remitirse a Instituto de Salta, evitará consultas posteriores y acelerará la liquidación del siniestro.

De acuerdo a las disposiciones vigentes del Seguro de Vida, solicito se me conceda el beneficio de **Incapacidad Total y Permanente**, por hallarme imposibilitado para mi trabajo, así como para ejercer cualquier otra ocupación remunerada.

1. DATOS COMPLETOS DEL ASEGURADO

Apellido y nombre: _____ D.N.I. N°: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Estado civil: _____ Tel./Cel.: _____

Domicilio completo: _____ Barrio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ C.U.I.L.: _____

E-mail: _____

Autorizo a Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida S.A.U. a enviar notificaciones de siniestros, a la dirección de e-mail informada, las que se considerarán comunicaciones fehacientes.

Forma de pago: Cheque Acreditación por CBU (a) Remesa a _____

Banco: _____ Tipo de cuenta: Caja de ahorro Cta. corriente N°: _____

CBU N° (a): _____

(a) Una vez efectuado el depósito en la cuenta indicada, declaro no tener más que reclamar a Instituto de Salta Seguros de Vida S.A.U. por el pago referido.

Firma del Asegurado: _____

2. DATOS DEL MÉDICO ASISTENTE

Apellido y nombre: _____ Tel./Cel.: _____

Domicilio: _____ Email: _____ Fecha: ___/___/___