

**HAMBURGO**

COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

Independencia N° 56 - 4200 Santiago del Estero

Tel. (0385)422 0100 / Fax (0385) 421 5569

Tel. 0 800 8888688 - 0 810 8888690

E-mail: hamburgosa@arnetbiz.com.ar

SECCION VIDA**Dpto. de Liquidación****Seguro de Vida Colectivo**

POLIZA N° SEGURO DE VIDA COLECTIVO

DECLARACION DEL CONTRATANTE PARA LA LIQUIDACION DEL CERTIFICADO INDIV. N°

Declaramos que don D.N.I. N°

(Nombre completo del asegurado)

de años de edad fue dado de baja el día de del año

y que el mismo era empleado de ésta casa (1), habiendo concurrido por última vez a su trabajo el día de del añomiembro de ésta asociaciónEs beneficiario de este certificado (1) El propio asegurado, domiciliado/a en calleLa propia asegurada

..... N° Barrio Localidad

..... Provincia en calidad de

incapacitado Total.

A continuación proporcionamos los nombres y domicilios de los médicos que lo asistieron durante su última enfermedad.

.....
.....
.....

Detallamos a continuación las fechas en que el asegurado faltó a su trabajo en nuestra casa desde el día de año, y aclaramos cuando tales inasistencias fueron originadas por enfermedad del empleado.-

Fecha de cada inasistencia	Causa de la misma	Nombre del Médico que intervino en cada oportunidad cuando la inasistencia haya sido por enfermedad del empleado.-

.....
(Lugar y fecha).....
(Firma y sello)

(1) Tébase lo que no corresponde