

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 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°	FECHA DE NACIMIENTO / /	NACIDO EN
ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD	
N° DE CUIL	FECHA DE INGRESO AL EMPLEO / /	
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:		
1. PARTIDA DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO. 2. CONSTANCIA DE CUIL DEL TRABAJADOR. 3. COPIA DE LA NÓMINA DE EMPLEADOS DEL TOMADOR-EMPLEADOR CORRESPONDIENTE AL MES DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO CERTIFICADO POR EL EMPLEADOR. 4. CONSTANCIA DEL PAGO DEL PREMIO. 5. COPIA CERTIFICADA POR EL EMPLEADOR DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES O LIQUIDACIÓN FINAL. 6. COPIA CERTIFICADA POR EL EMPLEADOR DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES FIRMADO POR EL EMPLEADO FALLECIDO. 7. FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (EN ORIGINAL). 8. 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. 9. DENUNCIA POLICIAL SI ES MUERTE VIOLENTA O HECHOS TRAUMÁTICOS. 10. 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. 11. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR LOS DESTINATARIOS DE LA PRESTACIÓN: A) EL/LOS BENEFICIARIO/S: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD, Y DECLARACIÓN DEL ÚLTIMO DOMICILIO REAL. B) DERECHOHABIENTES. B.1) 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. B.2) 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). B.3) 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).		
LUGAR FECHA		SELLO Y FIRMA DEL CONTRATANTE