

Pellegrini 385, Santa Rosa, La Pampa
Te.: (02954) 433974/324557
E-mail: dseguros@seguros.isslp.gov.ar
www.institutodeseguridadsocial.com.ar

Comunicamos a Uds. el fallecimiento del afiliado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación responsabilizándonos de la exactitud de los mismos.

COBERTURA	OBLIGATORIO	OPCIONAL
R.P. Ley 1166 - Muerte Titular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R.P. Ley 1166 - Adicional Accidente Titular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R.P. Ley 1166 - Muerte Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R.P. Ley 1166 - Muerte Grupo Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R.P. Ley 1166 - Adicional por Sepelio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dec. 96/75- Muerte Titular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afiliado o Adherente - Fallecido -		
Apellido y Nombres:		
L.E.-L.C.-D.N.I.:	Domicilio y Teléfono:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Estado Civil:
N° de Afiliado:	Entidad Contratante:	
Ocupación:		
Lugar y Fecha de Fallecimiento:		
Causa de Fallecimiento:		

Apellido y Nombres de los Beneficiarios y/o Titular, consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben	Parentesco	Documento de Identidad		Fecha de Nacimiento		
		Tipo	Número	Día	Mes	Año
1.						
Domicilio:		Firma:				
2.						
Domicilio:		Firma:				
3.						
Domicilio:		Firma:				
4.						
Domicilio:		Firma:				
5.						
Domicilio:		Firma:				

<i>Por el/los Beneficiario/s Menor/es:</i>	
.....	D.N.I.:
.....	D.N.I.:
.....	D.N.I.:
cobra	D.N.I.:
..... Firma	

OBSERVACIONES:

Lugar y Fecha: de de 20.....

.....
Firma Autorizada y Sello Aclaratorio

INFORME DEL MEDICO SOLICITANTE

Este cuestionario debe ser contestado de **puño y letra por el médico** que asistió al afiliado o adherente durante su última enfermedad (se ruega contestar con claridad y amplitud todas las preguntas), **cuando ésta no figura en el Certificado de Defunción**, y en todos los casos en que el deceso sea por **suicidio, homicidio o accidente**.

1. Apellido y nombres del fallecido:	
2. a) ¿Era Ud. su médico asistente?	
En caso afirmativo, ¿Desde qué fecha?	
b) Detallar la última enfermedad que padeció el fallecido:	
c) ¿Cuando comenzó a asistirlo de esa enfermedad?	
d) ¿En que fecha se inicia dicha enfermedad?	
e) ¿Cuál es la causa inmediata de la muerte?	
f) ¿El deceso se debió a ACCIDENTE, SUICIDIO u HOMICIDIO?	
g) De acuerdo al inciso f), sirvase facilitar los detalles que sean de su conocimiento:	
3. Observaciones:	
4. a) Apellido y nombres del médico:	
b) Matrícula Profesional:	
c) Domicilio:	d) Teléfono:
..... Lugar y Fecha Firma y Sello del Médico.

AUTORIZACION DE COBRO	
<p>Autorizo(amos) a la persona cuyos datos y firma se consignan a continuación, para que perciba el(los) importe(s) que me (nos) correspondiere (n) del beneficio constituido por el causante, de acuerdo con la reglamentación que rige el mismo. Con respecto a la percepción de los mismos, asumo(mimos) la total responsabilidad acerca del destino que aquella diere a los importes respectivos.-</p>	
Apellido y Nombres del AUTORIZADO:	
L.E.-L.C.-D.N.I.-Nº	Clase:
Domicilio:	Firma
 o Impresión Digital

APELLIDO Y NOMBRES DEL/LOS AUTORIZANTES	FIRMA Y/O IMPRESION DIGITAL

<p>Conste que las firmas y/o impresiones digitales que anteceden, puestas en mi presencia, pertenecen al Autorizado y Autorizantes, cuyos datos de identidad figuran en la presente solicitud.-</p>	
..... Lugar y Fecha Firma Autorizada y Sello Aclaratorio