

IMPRESO DE COMUNICACIÓN DE SINIESTROS DE FALLECIMIENTO O INVALIDEZ



SEGURO DE VIDA/ACCIDENTES

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

PÓLIZA N°
ASEGURADORA.....

TOMADOR DEL SEGURO: SOCIEDAD ESTATAL CORREOS Y TELÉGRAFOS
DOMICILIO: VIA DUBLIN, 7 28070 MADRID
ASEGURADO

NOMBRE _____
DOMICILIO _____
TELÉFONO _____
N.I.F. _____

TIPO DE SINIESTRO: FALLECIMIENTO INVALIDEZ
CAUSA DEL SINIESTRO: ENFERMEDAD ACCIDENTE

EN CASO DE QUE LA CAUSA FUERA UN ACCIDENTE:
FECHA Y HORA EN QUE SE PRODUJO EL ACCIDENTE _____
¿DURANTE LA JORNADA LABORAL? _____
LUGAR _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE _____

LESIONES PRODUCIDAS _____

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado / Representante