

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - DENUNCIA DE SINIESTRO POR MUERTE

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

Datos a ser completados por el Tomador

Apellido y Nombres (1): _____

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Edad: _____ Sexo: M F D.N.I./L.E./L.C./(*): _____ C.I.: _____

Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____

Denominación del Tomador: _____

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Datos de Póliza

Número: _____ Certificado N°: _____ Continuación N°: _____

Capital Asegurado \$: _____ Cargo/Profesión: _____

Sucursal donde se contrató la póliza: _____

Lugar del fallecimiento: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Causa del fallecimiento (2): _____

Antecedentes a ser completados por el Tomador

Al servicio activo desde:	____ / ____ / ____	Le corresponden haberes hasta:	____ / ____ / ____
Último día que concurrió al trabajo:	____ / ____ / ____	Último sueldo de \$ que percibía desde:	____ / ____ / ____
Abonó primas hasta (4):	____ / ____ / ____	Fecha de ingreso al seguro (3):	____ / ____ / ____
En art.211 de la Ley N° 20.744 hasta:	____ / ____ / ____	Fecha de fallecimiento (3):	____ / ____ / ____

Para seguros de cónyuges: _____

El asegurado pcpal. modificó su capital el: ____ / ____ / ____ (3)

El asegurado principal se encontraba en servicio a las fechas indicadas en (3): SI NO

Indicar los períodos de licencia por salud tomados durante los 3 (tres) últimos años o incluir anexo detallándolos y los motivos (en caso de no haber hecho uso de inasistencias señalarlo expresamente)

Datos de los Beneficiarios a ser completados por el Tomador

Apellido y Nombres (**)	Tipo y N° de Doc.	Fecha de Nac.	Parentesco
a) _____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ / ____ / ____	_____
b) _____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ / ____ / ____	_____
c) _____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ / ____ / ____	_____

Domicilio (calle, N°, piso, dpto., localidad, provincia, C.P.) y tel. Firma o impresión digital de los beneficiarios (5)

a) _____

b) _____

c) _____

Observaciones: _____

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que La Caja solicite, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

IMPORTANTE: si diligenció formulario de designación de beneficiarios o cambio de los mismos deberá adjuntarse al presente.

BENEFICIARIOS CON DOMICILIO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: Le recordamos que de acuerdo a la Ley 14.044 de la Provincia de Buenos Aires, y las Resoluciones 91/2010 y 18/2011, aquellos beneficiarios que posean domicilio en la Provincia de Buenos Aires, tienen la obligación de confeccionar y enviar a la Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires, la Declaración Jurada del Impuesto a la Transmisión Gratuita de Bienes (Formulario F.R-550/G), previo a la presentación al cobro del beneficio. El incumplimiento de la obligación impuesta al beneficiario será sancionado según lo dispuesto por la Normativa vigente.

La Cía. Aseguradora deberá exigir a quien corresponda la acreditación del envío de tal declaración.

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

INFORME DEL MEDICO ASISTENTE

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad (se ruega completar con la mayor claridad y amplitud posible 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.

Datos a ser completados por el Tomador

Apellido y Nombres: _____

Lugar de fallecimiento: _____ Fecha del fallecimiento: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Detallar la última enfermedad padecida por el asegurado: _____

Detallar otras enfermedades concomitantes: _____

Causa del fallecimiento: Accidente Suicidio Homicidio

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del código penal argentino.

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Médico Asistente

IMPORTANTE: el correcto y total diligenciamiento del presente formulario, que deberá remitirse a La Caja con fotocopia autenticada del certificado de defunción, evitará consultas posteriores y acelerará la liquidación del siniestro.

- (1) Si existieran diferencias de nombres del asegurado o los beneficiarios indicados, con los que figuran en el certificado individual, deberá hacerse notar en "Observaciones" si los nombres corresponden a una misma persona.
- (2) En el caso que la causal de fallecimiento, sea de origen traumático, deberá adjuntarse fotocopia autenticada de la constancia policial o judicial, mediante las cuales relate en forma pormenorizada los hechos que provocaron el deceso del asegurado y aclare expresamente si fue accidente, suicidio u homicidio, descartando asimismo, la responsabilidad de los beneficiarios en el hecho.
- (3) Seguro de cónyuges: deberán llenarse sólo estos casilleros.
- (4) Llenar en todos los casos.
- (5) Los menores de edad no emancipados por matrimonio, no **deben firmar**; en tales casos deberá hacerlo su representante legal (padre y madre o tutor judicial, según corresponda); se acompañará certificado de nacimiento del menor, dejándose constancia en Observaciones del apellido y nombres, parentesco y referencia de documento de identidad del representante, con especial mención de la fecha de su nacimiento. Los menores emancipados por matrimonio deberán adjuntar la pertinente **Partida de matrimonio**.

(*) Tachar lo que no corresponda

(**) Signados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben