

DENUNCIA DE SINIESTRO POR MUERTE-SEGURO DE VIDA COLECTIVO-
POLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A
Y CAJA DE SEGUROS S.A (COMPAÑIA PILOTO)

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): _____
 Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____
 D.N.I./L.E./L.C./(*): _____ C.I.: _____ Edad: _____ Sexo: F M
 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____
 Denominación del tomador: _____
 Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____
 Datos de la póliza:
 Número: _____ Certificado N: _____ Continuación N _____
 Capital asegurado: \$ _____ Cargo/Profesión: _____
 Lugar del fallecimiento: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____
 Causa del fallecimiento (2): _____

Antecedentes a Ser Completados por el Tomador

Al servicio activo desde: ____ / ____ / ____ Le corresponden haberes hasta: ____ / ____ / ____
 Ultimo día que concurrió al trabajo: ____ / ____ / ____ Ultimo sueldo de \$ _____ que percibía desde: ____ / ____ / ____
 Abonó primas hasta (4): ____ / ____ / ____ Fecha de ingreso al seguro (3): ____ / ____ / ____
 En art.21 I de la Ley N20.744 hasta: ____ / ____ / ____ Fecha de fallecimiento (3): ____ / ____ / ____
 Para seguros de cónyuges: _____ El asegurado principal se encontraba en servicio a las fechas indicadas en (3): SI NO
 El asegurado principal modificó su capital el: ____ / ____ / ____ (3) _____
 Indicar los períodos de licencia por salud tomados durante los 3 (tres) últimos años o incluir anexo detallándolos y los motivos (en el caso de no haber hecho uso de inasistencias señalarlo expresamente): _____

Datos de los Beneficiarios a Ser Completados por el Tomador

Apellido y Nombres (**)	Parentesco	Doc. de Identidad (tipo y N)	Fecha de Nacimiento
a) _____	_____	_____	____ / ____ / ____
b) _____	_____	_____	____ / ____ / ____
c) _____	_____	_____	____ / ____ / ____

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

Domicilio (calle, N, piso, dpto., localidad, provincia, cód. postal) y teléfono Firma o impresión digital de los beneficiarios (5)

a) _____
 b) _____
 c) _____

Observaciones _____

Por este medio el/los beneficiario/s se notifica/n que hasta tanto no se cumplieren los requisitos que La Caja solicite como Compañía Piloto, 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.

 Lugar y Fecha Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

(*) Tachar lo que no corresponda

CAJA DE SEGUROS S.A. (COMPAÑIA PILOTO)
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 del Asegurado a Ser Completados por el Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

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

Detallar las causas inmediatas del fallecimiento: _____

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 eventual 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.
- (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.