

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - DENUNCIA DE SINIESTRO POR MUERTE

Comunicamos a Uds. el fallecimiento del Asegurado cuyas 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: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Nacionalidad: _____ Edad: _____
DNI: _____ Estado Civil: _____

Datos del Tomador

N° de Póliza: _____ N° de Certificado: _____ Capital Asegurado: \$ _____
Fallecimiento (2): _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____
Teléfono Celular: _____ E-Mail: _____

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 (3): ____ / ____ / ____
Fecha de ingreso al seguro: ____ / ____ / ____ En art. 211 de la Ley N° 20.744 hasta: ____ / ____ / ____
Indicar los períodos de licencia 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

Beneficiario A) Apellido y Nombres (**): _____
DNI: _____ Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____
Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____ C.P.: _____
Localidad: _____
Provincia: _____
Teléfono Celular: _____
E-Mail: _____ Firma o Impresión Digital del Beneficiario (4)

Beneficiario B) Apellido y Nombres (**): _____
DNI: _____ Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____
Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____ C.P.: _____
Localidad: _____
Provincia: _____
Teléfono Celular: _____
E-Mail: _____ Firma o Impresión Digital del Beneficiario (4)

Beneficiario C) Apellido y Nombres (**): _____
DNI: _____ Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____
Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____ C.P.: _____
Localidad: _____
Provincia: _____
Teléfono Celular: _____
E-Mail: _____ Firma o Impresión Digital del Beneficiario (4)

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

Beneficiario D) Apellido y Nombres (**): _____

DNI: _____ Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Teléfono Celular: _____

E-Mail: _____ Firma o Impresión Digital del Beneficiario (4)

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

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 N°17.418, 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 16/2011, 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 quién corresponda la acreditación del envío de tal declaración.

_____ Lugar y Fecha

_____ Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

INFORME DEL MÉDICO 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 los casos en que el deceso sea por suicidio, homicidio o accidente.

Apellido y Nombres: _____

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

Detallar la última enfermedad padecida por el asegurado: _____

Detallar otras enfermedades concomitantes: _____

Causa del fallecimiento: Accidente Suicidio Homicidio

Este 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 junto con el Certificado de Defunción autenticado, evitará consultas posteriores y acelerará la liquidación del siniestro.

- (1) Si existiera 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 causa del fallecimiento sea de origen traumático, deberá adjuntarse fotocopia autenticada de la constancia judicial, mediante la 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) Llenar en todos los casos.
- (4) 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 emancipado por matrimonio deberán adjuntar la penitente Partida de matrimonio.