

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

Asimismo, presto conformidad para que toda comunicación relacionada con el siniestro que denuncio por el presente (pedidos de información y/o documentación complementaria, suspensión del plazo para pronunciarse sobre el siniestro, rechazos o cualquier otra) sea efectuada por medios electrónicos a la dirección de correo declarada o la que la reemplace y/o a través de SMS.

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.:	/	/
Domicilio:		Nº:	Piso:
Localidad:		Dto:	C.P.:
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 Nº17.418, 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, 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 Sumario Judicial.
- (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 emancipados por matrimonio deberán adjuntar Acta de Matrimonio.