

## 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.