

DENUNCIA DE SINIESTRO POR MUERTE - Seguro Colectivo de Vida Obligatorio -

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: _____

Ministerio o Secretaría/Repartición o Dependencia/Razón Social (*): _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y teléfono: _____

Póliza N°: _____ | Certificado N°: _____

Capital asegurado: \$ _____ | Cargo/profesión del asegurado: _____

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

Causa del fallecimiento (2): _____

Caja de jubilaciones/A.N.S.E.S./A.F.J.P. (*): _____ | N° de inscripción: _____

Cumplió el horario mínimo de la actividad que desempeñó (3): SI NO

Antecedentes a Ser Completados por el Tomador

Al servicio activo desde:/...../..... | Fecha hasta la que estuvo en rel. dependencia:...../...../.....

Ultimo día que concurrió al trabajo:/...../..... | Fecha de fallecimiento:/...../.....

Abonó primas hasta:/...../..... | Fecha de ingreso al seguro:/...../.....

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 (4)
--	--

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 N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

....., de de
Lugar y Fecha	Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

CAJA DE SEGUROS DE VIDA S.A.
AUTORIZACION DE COBRO

Autorizo/amos a Don/ña
para que perciba el/los importe/s que me/nos correspondiere/n del seguro constituido por el causante, de acuerdo con la reglamentación vigente. Con respecto a la percepción del/los mismo/s asumo/mimos la total responsabilidad acerca del destino que aquél/la diere al/los importe/s respectivo/s.

a)-
Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante

d)-
Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante

b)-
Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante

e)-
Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante

c)-
Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante

f)-
Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante

Datos Personales del Autorizado o Representante Legal (5)

Apellido y Nombres: _____

D.N.I./L.E./L.C./(*): _____

C.I.: _____

Parentesco: S NO

Autorizado: padre/madre/apoderado/otros (detallar) (*): _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____

Observaciones: _____

.....
Firma y Aclaración del Autorizado

Conste que he comprobado la identidad, fecha de nacimiento de los beneficiarios nombrados precedentemente y que las firmas y/o impresiones digitales que anteceden, puestas en mi presencia, pertenecen a los mismos, como así también que las demás referencias que figuran en este formulario son exactas

..... de de
Lugar y Fecha

.....
Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

IMPORTANTE: el correcto y total diligenciamiento del presente formulario, que deberá remitirse a La Caja con fotocopia autenticada del certificado de defunción y el formulario 3006/9, 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) Debe mencionarse, si el causante cumplía el horario mínimo establecido para la actividad que desempeñaba, o que la jornada laboral no sea inferior a las 4 horas diarias, en el caso de los menores de edad, comprendidos en las disposiciones del decreto N°14.538/44.
- (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 la pertinente Partida de matrimonio.
- (5) Podrán autorizar los beneficiarios a otra persona, siempre que ésta sea esposo, ascendiente, descendiente o hermanos, en cuyo caso todos suscribirán estos espacios ante la persona certificante. Los analfabetos o impedidos sólo podrán hacerlo mediante acta de entrega.

(*) Tachar lo que no corresponda