

CAJA DE SEGURO DE VIDA S.A.  
DENUNCIA DE SINIESTRO POR MUERTE  
- Seguro de Vida Obligatorio para el Personal del Estado -

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:

F

M

Fecha de nacimiento: / /

Nacionalidad:

Estado civil:

Ministerio o Secretaría/Repartición o Dependencia:

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

Póliza N°:

Certificado N°:

Continuación N°

Capital: Obligatorio: \$

Adicional: \$

Lugar del fallecimiento:

Fecha: / /

Hora:

Causa del fallecimiento (2):

Caja de jubilaciones/A.N.S.E.S./A.F.J.P. (\*):

Afiliado/jubilado N° (\*):

Efectivo/transitorio/contratado (\*):

**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:

/ /

Fecha de ingreso al seguro:

/ /

Fecha de fallecimiento:

/ /

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 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.

La información proporcionada en el presente formulario, que reviste carácter de declaración jurada, se ajusta a las responsabilidades establecidas en el artículo 52 del Decreto N°1588/80 sobre la base de las cuales se solicita abonar la indemnización que se denuncia.

, de ,  
Lugar y Fecha  
(\*) Tachar lo que no corresponda

Firma y Sello Aclaratorio del Tomador