



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: _____ Sexo: F M

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____

Ministerio o Secretaria/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: ____ / ____ / ____

Ultimo día que concurrió al trabajo: ____ / ____ / ____ Ultimo 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 _____ de _____
Lugar y Fecha Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

(*) Tachar lo que no corresponda