

DOCUMENTACION REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO
ACCIDENTES PERSONALES

COBERTURA: MUERTE POR ACCIDENTE

Copia autenticada del certificado de defunción.	
Formulario de Denuncia de Fallecimiento – Informe del Contratante- (solo en los seguros de vida colectivo)	
Formulario Denuncia de Fallecimiento por Accidente – Declaración del Beneficiario-.	
Copia completa de la causa judicial del accidente, incluyendo los resultados de tóxicos y alcoholemia.	
Copia de los dos últimos recibos de sueldo (solo en los seguros de vida colectivo y si se trata de asegurado en relación de dependencia).	
Designación de beneficiarios (si la póliza tiene designación libre).	
Copia del documento de el/los beneficiario/s designados (si la póliza tiene designación libre).	

DENUNCIA DE FALLECIMIENTO
INFORME DEL CONTRATANTE - SEGURO DE VIDA COLECTIVO

1. Asegurado

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

2. Datos sobre la póliza

Póliza N°: _____ Vigencia: Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Certificado N° _____ Capital Asegurado _____

3. Datos del siniestro

Fecha: de fallecimiento ____ / ____ / ____ . Causa _____

4. Liquidación del Siniestro

A la orden de: _____

Consignar si el / los Beneficiario / s posee/n cuenta corriente o caja de ahorro con antigüedad mayor a 6 meses:

Si	No
----	----

Consignar el teléfono de el / los Beneficiario / s _____

5. Observaciones

Nota: Esta comunicación habrá de ser acompañada del "Informe del Médico" (en el caso en que la Compañía lo requiera) y de la fotocopia autenticada de la partida de defunción y de cualquier otra documentación de interés obrante en su poder.

Fechado en _____ el día _____ de _____ de _____

Sello y firma del Contratante / Tomador

DENUNCIA DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

PÓLIZA N° _____

Esta declaración se formulará por la persona o personas a quienes corresponde cobrar el importe del seguro. Si hubiera más de un beneficiario, pueden hacerla conjuntamente o si no quisieran hacerla así se suministrará igual formulario a cada uno para que se haga por separado.

Cuando el importe del seguro deba pagarse a los representantes legales del asegurado, la información será formulada por el albacea o administrador y se presentará copia legalizada del nombramiento y de los poderes del mismo.

Cuando el importe del seguro deba pagarse a un menor de edad, el tutor formulará la declaración.

Cuando el importe del seguro deba pagarse a un beneficiario especificado y, por la muerte de éste, deba hacerse a otra persona se presentará un testimonio legalizado de acta de defunción del beneficiario fallecido.

Cuando el importe del seguro o parte del mismo deba pagarse "a los hijos del asegurado", sin haberse mencionado el nombre de los mismos, "o a los herederos legales del asegurado", se presentará declaratoria de herederos en testimonio legalizado.

Cuando el beneficiario no sepa firmar, esta declaración deberá ser firmada por una persona capacitada, con indicación de que lo hace "a ruego del/la Sr./a. _____ por no saber firmar", y a continuación firmarán dos testigos. Las tres firmas se harán autenticar por un Escribano Público o autoridad competente del lugar.

Todas las preguntas deberán ser contestadas en forma clara y completa.

NOTA: El presente debe ser completado en su totalidad y en forma clara, y firmado por el Reclamante. Por favor utilice letra de imprenta.

La recepción de este formulario no significa la aceptación del siniestro por parte de la Compañía.

Cuando los espacios provistos para las respuestas resulten insuficientes, favor de consignar los detalles que considere relevantes de este formulario en hoja aparte.

1. Datos del Asegurado

Nombre y Apellido del Asegurado _____

Lugar y fecha de Nacimiento _____ Nacionalidad _____ N° de Documento D.N.I./L.C./L.E. _____

Residencia del Asegurado cuando contrató el Seguro _____ Ocupación que tenía cuando contrató el Seguro _____

Si cambió posteriormente de ocupación: Cuál fue la nueva ocupación? _____ Desde cuándo la ejerció? _____

2. Datos de la Póliza

N° de Póliza _____ Fecha de emisión _____ Suma Asegurada _____

3. Datos del siniestro

Causa del fallecimiento _____

Lugar del accidente _____ Lugar del fallecimiento _____

Fecha del accidente _____ Fecha del fallecimiento _____

Se adjuntará copia legalizada de la partida de defunción expedida por la oficina del registro civil.

Nombre y residencia del/los médico/s que haya/n asistido al Asegurado durante el año anterior al fallecimiento _____

Desde cuándo conocía Usted al Asegurado? (Indique el número de años) _____

En qué otras Compañías y por qué suma estaba asegurada la vida del Asegurado? _____

En qué carácter o con qué título reclama Usted el importe del seguro? _____

Se instituyó sumario judicial? SI NO En caso afirmativo dónde se encuentra radicado? _____

OBSERVACIÓN (menores de edad no deben firmar)

DECLARO ANTE LOS TESTIGOS que firman al pie que lo expresado por mí en este formulario, según mi leal saber y entender.

Fechado en _____ el día _____ de _____ de _____

Firma del testigo y domicilio

Firma del testigo y domicilio

Firma del beneficiario

Nombre y Apellido

Domicilio y Teléfono