



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) y teléfono: \_\_\_\_\_

Póliza N°: \_\_\_\_\_ | Certificado 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 (3)
--	--

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

**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 (4)**

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, 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) 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.
  - (4) 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