

## 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 Secretaria/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