

## Formulario de Denuncia de Siniestro

### Seguro Colectivo de Vida Obligatorio

Informe de fallecimiento Contratante/beneficiario

Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros 17418, el asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo.

Póliza N°	Siniestro N°

#### Datos del contratante

 Razón Social: \_\_\_\_\_ CUIT / CUIL: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Domicilio laboral: \_\_\_\_\_

#### Datos del asegurado

 Apellido y nombre (completos): \_\_\_\_\_  
 DNI / CUIL: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / /  
 Sexo: M  F  Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

#### Datos del denunciante

 Apellido y nombre (completos): \_\_\_\_\_  
 DNI / CUIL: \_\_\_\_\_ Vínculo con el asegurado: \_\_\_\_\_  
 Domicilio Particular: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_  
 C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

#### Datos del siniestro

 Fecha de ocurrencia: / / Hora: \_\_\_\_\_ Capital asegurado: \_\_\_\_\_  
 Lugar del fallecimiento: \_\_\_\_\_  
 Causas del Fallecimiento: \_\_\_\_\_

#### Beneficiarios

Apellidos y Nombres (completo)	Tipo y N° de Documento	Edad	Porcentaje

(Adjuntar constancia del C.B.U. emitida por la entidad (22 dígitos), copia de DNI y constancia de CUIL de cada uno de los beneficiarios).

#### Observaciones

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Deberán acompañar junto al presente Formulario la siguiente documentación:

1. Partida de Defunción del Asegurado. 2. Constancia de CUIL del trabajador. 3. Copia de la nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento. 4. Copia de los 2 (DOS) últimos Formularios 931 (el del mes de fallecimiento y el anterior) y sus respectivos comprobantes de pago. 5. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final. 6. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido. 7. Formulario de Designación de Beneficiarios. 8. En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea ésta emitida por la ANSeS o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido.

La compañía no considerará que se ha finalizado con la denuncia de siniestro, aun cuando reciba el presente formulario, hasta tanto reciba toda la documentación solicitada en el mismo. El Asegurado toma conocimiento que está obligado a suministrar al asegurador la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin. Hasta tanto ello ocurra, quedan interrumpidos los plazos para que el asegurador se pronuncie acerca del derecho del asegurado. Artículo 46 de la Ley de Seguros.

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

<b>Lugar y fecha</b>	<b>Firma del denunciante</b>	<b>Aclaración</b>