

Informe del 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: _____

Detalle del préstamo

 Fecha de otorgamiento: _____ Cantidad de cuotas: _____
 Capital original adeudado: _____ Cantidad de cuotas pagas: _____
 Última cuota adeudada N°: _____ Importe de cada cuota: _____
 Suma reclamada: _____

Datos del siniestro

 Fecha de ocurrencia: / / Hora: _____ Lugar de 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) y constancia de CUIL de cada uno de los beneficiarios).

Observaciones

Deberán acompañar junto al presente Formulario la siguiente documentación:

- Copia legalizada de Certificado de Defunción.
- Informe médico por fallecimiento - Declaración del Médico Asistente.
- Copia expediente del Préstamo/Tarjeta de Crédito/Cuenta Corriente.
- En caso de Invalidez total y permanente: Copia de la historia clínica labrada con motivo de la incapacidad total y permanente. Dictamen de la Comisión Médica u organismo competente con la determinación del estado de invalidez total y permanente del titular.

Importante: En caso de muerte accidental agregar a la documentación detallada más arriba fotocopia íntegra del sumario judicial labrado con motivo del fallecimiento. Deberá contener autopsia y análisis de alcoholemia y toxicológico.

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.

Lugar y fecha	Firma del denunciante	Aclaración
----------------------	------------------------------	-------------------