

Informe Fallecimiento

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 asegurado

Apellido y nombre (completos): _____

DNI / CUIL: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: / /

Sexo: M F Nacionalidad: _____ Estado civil: _____

Domicilio Particular: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Datos del denunciante

Carácter del denunciante: Contratante: Beneficiario:

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) y constancia de CUIL de cada uno de los beneficiarios).

Observaciones

Deberán acompañar junto al presente Formulario la siguiente documentación:

- Tres últimos recibos de haberes y Certificado de trabajo del asegurado, si correspondiera.
- Copia legalizada de Certificado de Defunción.
- Informe médico por fallecimiento - Declaración del Médico Asistente.
- Formulario original de designación de beneficiarios y copia de DNI de el/los mismos.

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
---------------	-----------------------	------------