

## FORMULARIOS DE LA CAJA



**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
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 Secretaría/Rapartición o Dependencia: \_\_\_\_\_  
 Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): \_\_\_\_\_  
 Póliza N°: \_\_\_\_\_ Certificado N°: \_\_\_\_\_ Continuación 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: / / \_\_\_\_\_  
 Último día que concurrió al trabajo: / / \_\_\_\_\_ Último 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 (5): \_\_\_\_\_

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 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.

Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante	Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante
a) _____	d) _____
b) _____	e) _____
c) _____	f) _____

**Datos Personales del Autorizado o Representante Legal (4)**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_  
D.NI./L.E./L.C./ (\*): \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Parentesco: SI  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