

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: / / _____

Ultimo día que concurrió al trabajo: / / _____ Ultimo 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