

#### Informe de 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 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:

- 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.

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