

■ **VIDA COLECTIVO**
 ■ **DENUNCIA DE SINIESTRO**

- DENUNCIA DE FALLECIMIENTO**
 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SINIESTRO N°: (1)

INFORME DEL CONTRATANTE

Contratante:	
Domicilio:	
Caja de Previsión a la cual aporta:	Inscripción N°:

Apellido y Nombres completos del Asegurado:		Afiliación N° de Caja de Previsión y/o CUIL:	
Domicilio completo:		Nacido en:	
E-mail:		Fecha:	Nacionalidad:
		Estado Civil:	N° y Tipo Doc.:

Póliza N°:				Certificado N°:			Ultimo Sueldo:			Suma Asegurada:		
Vigencia:	Día	Mes	Año	Vigencia:	Día	Mes	Año	Prima Paga hasta:	Día	Mes	Año	\$

FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/>				INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE <input type="checkbox"/>			
Fecha:		Lugar:		Causa:			

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

APELLOS Y NOMBRES COMPLETOS								DOCUMENTO DE IDENTIDAD (Tipo y N°)			

OBSERVACIONES

Lugar y fecha:

La recepción de la presente denuncia no implica aceptación del siniestro, suspendiéndose los plazos legales hasta la presentación de toda la documentación pertinente, conforme condiciones del contrato de seguro.	
--	--

NOTA: Documentación que se deberá adjuntar con esta denuncia ver al dorso.

(1) A ser completado por esta Compañía.

Sello y firma del Contratante

Documentación que se deberá adjuntar a la DENUNCIA del SINIESTRO	Entregado a Cía.	
	SI	NO
Copia legalizada de la partida de defunción o copia sin legalizar acompañada del original.		
Antecedentes médicos.		
Historia clínica del Asegurado.		
Informe del médico tratante con motivo de la enfermedad causante del deceso o incapacidad total y permanente.		
Copia del dictamen / resolución junta médica.		
Fotocopia del DNI del o los Beneficiarios.		
Copia contrato de suscripción.		
Certificación de deuda al momento del siniestro.		
Sumario policial y/o judicial, si lo hubiere, referido al fallecimiento del Asegurado.		
Copia de la liquidación final de las obligaciones patronales por el cese del contrato laboral por fallecimiento.		