

Póliza N°:  Fecha de Denuncia:  /  /  Fecha del Siniestro:  /  / 

Lea cuidadosamente la información solicitada y responda TODAS las preguntas, con la mayor claridad y amplitud posible. De faltar alguna respuesta, provocará la demora del trámite. (!) Verificar en las condiciones de la póliza, si se ha contratado el hecho que se denuncia. Para que la póliza este vigente, no deberá registrar deuda.

## Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  FDocumento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copiaIdentificación Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro. \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Ocupación que tenía en la fecha que solicitó el Seguro: \_\_\_\_\_

Si la hubiera cambiado, Nueva ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Desde Cuando? \_\_\_\_\_

### Tomar los datos de la partida de Nacimiento u otro documento fehaciente.

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Se debe adjuntar testimonio de la Partida de Nacimiento u otro documento fehaciente, si la edad del Asegurado no hubiera sido probada con anterioridad ante la Compañía.

¿El asegurado tiene pólizas de vida contratadas en otras Compañías?  Sí  No¿En cuál? \_\_\_\_\_ Suma asegurada:  \$  U\$S \_\_\_\_\_

## Siniestro que se denuncia Completar, de corresponder, el formulario conforme al siniestro denunciado según su codificación.

 Titular  Cónyuge  Hijo  Otro **FALLECIMIENTO** Causa:  Completar y adjuntar el formulario adicional **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD** Completar y adjuntar el formulario adicional **INVALIDEZ TOTAL / PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE** Completar y adjuntar el formulario adicional **GASTOS DE SEPELIO** Adjuntar Factura del Gasto y completar Forma de Cobro **ENFERMEDAD CRÍTICA Y TRASPLANTE** Completar y adjuntar el formulario

## Datos del Denunciante

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  FDocumento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copia Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_Identificación Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro. \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

**Teléfono Particular** - Completar en forma obligatoria, a fin de agilizar la tramitación de la Denuncia de Siniestro. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Actividad/Ocupación: \_\_\_\_\_ Vínculo con el Asegurado: \_\_\_\_\_

¿Conocía Ud. la existencia del Seguro?  Sí  No ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_¿Es beneficiario del seguro?  Sí  No ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_¿Acompaña documentación de la designación?  Sí  No ¿Cuál?  Form. de designación de la Compañía.  Otros \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Denunciante