

## Seguro de Vida Colectivo y Grupal Denuncia de Siniestro Vida

Datos de Identificación General		
Póliza:	Pase Póliza Anterior:	Fecha:
Convenio:		Sub Convenio N°:
Siniestro N° (El presente campo será completado por la compañía):		Titular/ Convenio (Si es un convenio colocar el nombre del mismo, no del titular):

Riesgo Reclamado					
	Si	No		Si	No
Fallecimiento			Enfermedad Terminal		
Sepelio			Enfermedad Grave (Indicar cuál):		
Invalidez			Accidente (Indicar lesión/ muerte):		
Trasplante (Indicar cuál):			Renta Diaria por Internación (Indicar fechas):		

Datos del Siniestrado (En caso de Fallecimiento copiar datos textuales del acta de defunción)		
Apellido y Nombre:		Angelito: SI / NO
Tipo y N° Doc.:	CUIL / CUIT:	Estado Civil:
Vigencia Inicial:	Fecha Alta:	Fecha Siniestro:

Datos Pago (A completar por la compañía)					
Último mes pago:	Fecha de pago:	Cobertura	SI	NO	

Datos del Denunciante							
Apellido y Nombre / Razón Social:							
Tipo y N° DNI / CUIT / CUIL:			Asegurado Titular		Beneficiario designado		Otro
Parentesco con el siniestrado:			Teléfono:				
Domicilio:						N°:	
Piso:	Dpto.:	Mza.:	Block:	Lote:	Barrio:		
Localidad:				Provincia:		CP:	
Mail:							

**Notificamos que deberá completar formularios U.I.F. y si corresponde declaración de beneficiario.**

Fecha de Denuncia:	Fecha de envío a casa central:	Solicita pagos por cuenta y orden: SI / NO
--------------------	--------------------------------	--

<b>Firma del denunciante</b>	<b>Firma del responsable</b>

Observaciones
---------------

### Comunicado al Asegurado

El Asegurado Titular en este certificado tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al tomador del presente contrato de seguro.

Cuando los datos expresados en este certificado difieran de aquellos expresados en la solicitud de incorporación al seguro, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado, si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido este certificado.

### Asegurado Titular

Para los seguros grupales, en caso de fallecimiento o arribo a la edad máxima de permanencia del Asegurado Titular prevista para la cobertura básica y siempre que los asegurados familiares optaren por continuar con la cobertura, asumirá el rol de Asegurado Titular la persona que le suceda según el orden en que figure en el cuadro de Asegurados Familiares.

Se deja expresa constancia que, en caso de aplicarse requisitos de asegurabilidad, no serán de aplicación las figuras de carencia ni de exclusión de enfermedades preexistentes. Asimismo, estas dos últimas figuras no podrán aplicarse conjuntamente.

### Cláusula de exclusión de Enfermedades Preexistentes (\*)

La Compañía no abonará suma asegurada alguna cuando el fallecimiento o la invalidez total y permanente del asegurado se produzcan como consecuencias de una enfermedad preexistente durante los 12 meses de vigencia de la cobertura de dicho asegurado. Se entiende por enfermedad preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa de su fallecimiento o de su invalidez total y permanente.

(\*) Solo se incluirá esta leyenda si fuere de aplicación la exclusión de enfermedades preexistentes.

Titular: \_\_\_\_\_ Constancia de recepción: \_\_\_\_\_  
 OTRO: \_\_\_\_\_ Recibo en nombre del Titular y dejo constancia que procederé a su entrega al mismo.

<b>Firma</b>	<b>Aclaración</b>	<b>DNI</b>