

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

FALLECIMIENTO	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD TERMINAL	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
SEPELIO	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD GRAVE (indicar cuál):	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
INVALIDEZ	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE (indicar lesión/ muerte):	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
TRASPLANTE (INDICAR CUÁL):	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>	RENDA DIARIA POR INTERNACIÓN (indicar fechas):	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>

DATOS DEL SINIESTRADO (en caso de Fallecimiento copiar datos textuales del acta de defunción)

APELLIDO Y NOMBRE:	ANGELITO: SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
------------------	----------------	--

DATOS DEL DENUNCIANTE

NOMBRE Y APELLIDO/ RAZÓN SOCIAL:					
TIPO Y N° DNI/CUIT/CUIL:	ASEGURADO TITULAR <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO DESIGNADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
--------------------	-----------------------------------	---

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FIRMA DEL RESPONSABLE

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.

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI