

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO Y GRUPAL | DENUNCIA DE SINIESTRO VIDA****DATOS DE IDENTIFICACIÓN GENERAL**

PÓLIZA: _____ FECHA (dd/mm/aaaa): ___/___/___

PASE: PÓLIZA ANTERIOR: _____

CONVENIO: _____ SUB CONVENIO N°: _____

SINIESTRO N° (será completado por la Compañía): _____

TITULAR / CONVENIO N°: _____

(si es un convenio colocar el nombre del mismo, no del titular):

RIESGO RECLAMADO

Fallecimiento Si No

Sepelio Si No

Accidente Si No

Indicar lesión/muerte: _____

Invalidez Si No

E. Terminal Si No

E. Grave Si No

Indicarla: _____

Trasplante Si No

Indicarla: _____

DATOS DEL SINIESTRADO (En caso de fallecimiento copiar datos textuales del acta de defunción)

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S): _____

TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO (Seleccione): LC LE DNI CI N°: _____

ESTADO CIVIL: _____ N° CUIT: _____

FECHA ALTA (dd/mm/aaaa): ___/___/___ FECHA SINIESTRO (dd/mm/aaaa): ___/___/___

DATOS PAGO (Completar por la compañía):

ÚLTIMO MES PAGO: _____ FECHA DE PAGO: ___/___/___ COBERTURA: Si No

DATOS DEL DENUNCIANTE

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO (Seleccione): LC LE DNI CI N°: _____

ASEGURADO TITULAR / BENEFICIARIO DESIGNADO / OTRO: _____

INDICAR PARENTESCO CON EL SINIESTRADO: _____

DOMICILIO: CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ C.P.: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ MAIL: _____

*[Notificamos que deberá completar formularios U.I.F. y si corresponde declaración de beneficiario]***DENUNCIANTE:** FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____



FECHA ALTA (dd/mm/aaaa): ___/___/____

FECHA SINIESTRO (dd/mm/aaaa): ___/___/____

SOLICITA PAGOS POR CUENTA Y ORDEN: Si No

RESPONSABLE: FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

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 ... 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.