

DENUNCIA DE SINIESTRO POR MUERTE
Seguro de Vida Colectivo

Comunicamos a Uds. el fallecimiento del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándonos de la exactitud de los mismos.

Datos a Ser Completados por el Tomador

Apellido y Nombres (1): _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cod. postal): _____

D.N.I./L.E./L.C./(*): _____ C.I.: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____

Denominación del tomador: _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cod. postal): _____

Datos de la póliza:

Número: _____ Certificado N°: _____ Continuación N° _____

Capital asegurado: \$ _____ Cargo/Profesión: _____

Sucursal donde se contrató la póliza: _____

Lugar del fallecimiento: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Causa del fallecimiento (2): _____

Antecedentes a Ser Completados por el Tomador

Al servicio activo desde: _____ Le corresponden haberes hasta: _____

Ultimo día que concurrió al trabajo: _____ Ultimo sueldo de \$..... que percibía desde: _____

Abonó primas hasta (4): _____ Fecha de ingreso al seguro (3): _____

En art.211 de la Ley N°20.744 hasta: _____ Fecha de fallecimiento (3): _____

Para seguros de cónyuges: _____

El asegurado principal modificó su capital el:...../...../..... (3) El asegurado principal se encontraba en servicio a las fechas indicadas en (3): SI NO

Indicar los períodos de licencia por salud tomados durante los 3 (tres) últimos años o incluir anexo detallándolos y _____

los motivos (en el caso de no haber hecho uso de inasistencias señalarlo expresamente): _____

Datos de los Beneficiarios a Ser Completados por el Tomador

Apellido y Nombres (**)	Parentesco	Doc. de Identidad (tipo y N°)	Fecha de Nacimiento
a)-		/...../.....
b)-		/...../.....
c)-		/...../.....

(**) Consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben

Domicilio (calle, N°, piso, dpto., localidad, provincia, cod. postal) y teléfono	Firma o impresión digital de los beneficiarios (5)
a)-	
b)-	
c)-	

Hoja 1 de 2

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que SMG LIFE Seguros de Vida SA solicite, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

IMPORTANTE: si diligenció formulario de designación de beneficiarios o cambio de los mismos deberá adjuntarse al presente.

..... de
----------------	-------

(*) Tachar lo que no corresponda

**DENUNCIA DE SINIESTRO POR MUERTE
INFORME DEL MEDICO ASISTENTE**

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad (se ruega completar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas), cuando ésta no figura en el Certificado de Defunción, y en todos los casos en que el deceso sea por suicidio, homicidio o accidente.

Datos del Asegurado a Ser Completados por el Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Lugar del fallecimiento: _____ Fecha del fallecimiento: _____ Hora: _____

Detallar las causas inmediatas del fallecimiento: _____

Detallar la última enfermedad padecida por el asegurado: _____

Detallar otras enfermedades concomitantes: _____

Causa del fallecimiento: ACCIDENTE SUICIDIO HOMICIDIO

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del código penal argentino.

....., de de

IMPORTANTE: el correcto y total diligenciamiento del presente formulario, que deberá remitirse a SMG LIFE Seguros de Vida SA con fotocopia autenticada del certificado de defunción, evitará consultas posteriores y acelerará la liquidación del siniestro.

- (1) Si existieran diferencias de nombres del asegurado o los beneficiarios indicados, con los que figuran en el certificado individual, deberá hacerse notar en "Observaciones" si los nombres corresponden a una misma persona.
- (2) En el caso que la causal de fallecimiento, sea de origen traumático, deberá adjuntarse fotocopia autenticada de la constancia policial o judicial, mediante las cuales relate en forma pormenorizada los hechos que provocaron el deceso del asegurado y aclare expresamente si fue accidente, suicidio u homicidio, descartando asimismo, la responsabilidad de los beneficiarios en el hecho.
- (3) Seguro de cónyuges: deberán llenarse sólo estos casilleros.
- (4) Llenar en todos los casos.
- (5) Los menores de edad no emancipados por matrimonio, no deben firmar; en tales casos deberá hacerlo su representante legal (padre y madre o tutor judicial, según corresponda); se acompañará certificado de nacimiento del menor, dejándose constancia en Observaciones del apellido y nombres, parentesco y referencia de documento de identidad del representante, con especial mención de la fecha de su nacimiento. Los menores emancipados por matrimonio deberán adjuntar la pertinente Partida de matrimonio.