

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO POR FALLECIMIENTO

El presente formulario debe ser completado en su totalidad y sin omitir contestación alguna.

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza N°: _____ Fecha de inicio de vigencia: ____/____/____

DATOS DEL TOMADOR

Persona física

Apellido/s y Nombres/s: _____
Tipo y N° de documento: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____
Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____
Dirección: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Prefijo telefónico: _____ Teléfono fijo laboral: _____ Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____ CUIL/CUIT/CDI: _____

Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

(Tache la que no corresponda en los casos que le da opciones)

El/La que suscribe, _____ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI /NO se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído. En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo:

_____. Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada. (Sólo en caso de ser sujeto obligado) Declaro que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

Persona jurídica (*)

Denominación o Razón social: _____
Fecha y número de inscripción registral: ____/____/____ CUIL/CUIT/CDI: _____
Fecha del contrato o escritura de constitución: ____/____/____
Domicilio legal - Dirección: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: (_____) _____
Actividad principal realizada: _____

Indique con una cruz si está de acuerdo en recibir notificaciones relativas a su siniestro en la casilla de correo informada en el presente formulario. Se lo tendrá fehacientemente notificado con cualquier envío realizado por este medio.

(*) Se deberán completar los espacios del tomador, persona física, con los datos referidos al (marque con una cruz la opción correcta):

Representante legal Apoderado y/o autorizado de la persona jurídica.

En el caso de personas jurídicas, se deberá adjuntar la siguiente información/documentación siempre que no la hubiere presentado o estuviese desactualizada:

(I) Copia del estatuto social actualizado; (II) Copia del acta del órgano decisorio designando al representante legal, apoderado y/o autorizado; ambas certificadas por escribano público o por un autorizado por Beneficio S.A. Compañía de Seguros a tal efecto.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido/s y Nombres/s del asegurado: _____
Nacionalidad: _____ Tipo y N.º de Documento: _____
CUIL/CUIT/CDI: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ N.º: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Prefijo telefónico: _____ Teléfono fijo laboral: _____ Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____
Ocupación / Profesión: _____ Capital Asegurado: _____

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO

Apellido/s y Nombres: _____
Domicilio: _____
Teléfono: (_____) _____

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Fecha: ____/____/____ Lugar: _____
Causa: _____
Le rogamos indique cualquier detalle, incluyendo fechas, relativos a la enfermedad o accidentes sufridos por el Asegurado y que fueran la causa del fallecimiento del mismo _____

Médicos / Especialistas consultados (nombres y teléfono de contacto): _____
Institución médica en la cual recibió tratamiento o estuvo internado (razón social, dirección y teléfono): _____
Tratamiento seguido: _____

Nota: si posee Ud. informes del médico o de la institución médica relativos a la causa del fallecimiento, le rogamos nos haga llegar copia de los mismos.

BENEFICIARIOS (Completar sólo en caso en que el beneficiario no coincida con el tomador de la póliza)

Apellido/s y Nombres/s: _____
Tipo y N.º de documento: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____
Edad: _____ Vínculo/Parentesco: _____ Actividad principal: _____
Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____
Dirección: _____ N.º: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Prefijo telefónico: _____ Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____ CUIL/CUIT/CDI: _____

Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

(Tache la que no corresponda en los casos que le da opciones)

El/La que suscribe _____ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI/NO se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído. En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____ Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

(Sólo en caso de ser sujeto obligado) Declaro que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

Calidad bajo la cual cobra la indemnización:

- Titular del interés asegurado
- Tercero damnificado
- Beneficiario designado o heredero legal
- Cesionario de los derechos de la póliza

En caso que se percibiera en cumplimiento de una orden judicial debe acompañarse documentación de la cual surja: el N.º de expediente, juzgado en el que tramita y copia certificada de la sentencia o el oficio judicial correspondiente.

Otorgo mi autorización y consentimiento a Beneficio S.A. Compañía de Seguros a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

-----/-----/-----
Fecha

Lugar

Firma y aclaración/sello del Tomador

-----/-----/-----
Fecha

Lugar

Firma y aclaración del beneficiario

-----/-----/-----
Fecha

Lugar

Firma y aclaración del beneficiario