

Siniestro Seguro de Personas

Vida Colectivo

NOTA: según el tipo de seguro, la documentación a adjuntar al presente formulario se consigna al dorso. A fin de agilizar el trámite de cobro envíe, por favor, la documentación completa.

Nombres y Apellidos Completos del Asegurado: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Tipo y N° de Documento: _____
Nacionalidad: _____
Estado Civil: _____
Fecha de ingreso al empleo: _____ Ultimo día de trabajo efectivo: _____

Póliza N°: _____ Vigencia: _____ Certificado N°: _____
Vigencia: _____ Ultimo Sueldo: _____ Suma Asegurada: _____
Primas pagas hasta el: _____

Información sobre el fallecimiento

Fecha: _____ Lugar: _____ Causa: _____

Beneficiarios (Consiguar a título informativo los designados oportunamente por escrito por el Asegurado)

Apellidos y Nombres Completos	Tipo y N° de Doc.	Fecha de Nacimiento	Domicilio

Pago del siniestro

El pago se hará mediante cheque/giro: _____ Sobre: _____

Observaciones: _____

Fechado en: _____ el: _____

Firma y sello del contratante

Documentación requerida	Tipo de seguro				
	Vida Obligatorio	Múltiplos de sueldo y cap. uniformes	Contrato de Trabajo	Saldos deudores	Agrupados
Acta de defunción legalizada	x	x	x	x	x
Dos últimos recibos de sueldo certificados	x	x	x		
Recibo sueldo c/ liq. final			x		
Informe del médico		x	x	x	x
Fotocopia del legajo Médico/Laboral		x	x		
Original de la designación de beneficiarios	x	x			
Detalle firmado de las cuotas netas a vencer y fechas de las abonadas en caso de créditos u original del resumen de tarjeta				x	
Fotocopia certificada del contrato de suscripción				x	
Declaración del beneficiario		x			x

NOTA IMPORTANTE: en caso de muerte accidental (salvo para el seguro de vida obligatorio) agregar a la documentación detallada más arriba Causa Penal completa y Sumario Policial.