



Secciones:

VIDA MODULAR

VIDA COLECTIVO (Sólo para determinados casos, verificar con la Compañía)

| | | SINIESTRO N° | PÓLIZA N° |
|-------------------------------|--|---------------------|-----------|
| ASEGURADO FALLECIDO | | | |
| TOMADOR (Sólo Vida Colectivo) | | FECHA DEL SINIESTRO | |
| | | | |

La/Las personas que suscribe/n la presente solicita/n mediante el presente el pago de la indemnización derivada del siniestro consignado precedentemente, en su calidad de beneficiarios del Seguro de Vida que contratara el asegurado/tomador mencionado más arriba, declarando ser el/los único/s derecho habiente/s del asegurado fallecido. Asimismo los abajo firmantes se hacen responsables de cualquier daño y/o perjuicio que pudiera provocar a esta Aseguradora o terceros, la existencia de otra/s persona/s con igual o mejor derecho, asumiendo el compromiso de responder en forma inmediata y solidaria hasta la concurrencia del monto de la indemnización con más los intereses que correspondan, para afrontar cualquier tipo de reclamo judicial y/o extrajudicial que otra/s persona/s pueda/n eventualmente formular a esta Aseguradora por tal concepto.

Firma

| Aclaración | Documento tipo | Número |
|------------|----------------|--------|
| | | |

Firma

| Aclaración | Documento tipo | Número |
|------------|----------------|--------|
| | | |

Firma

| Aclaración | Documento tipo | Número |
|------------|----------------|--------|
| | | |

Firma

| Aclaración | Documento tipo | Número |
|------------|----------------|--------|
| | | |

Lugar

Fecha

OBSERVACIONES: para la validez del presente formulario, las firmas deberán ser certificadas ante Escribano Público.