



<b>1</b>	Póliza N°:	<b>2</b>	Siniestro N°:									
<b>3</b>	Asegurado fallecido:	<b>4</b>	Fecha del Siniestro:									
<b>5</b>	Causa del fallecimiento:	<input type="checkbox"/>	Traumática <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Traumática							
<b>6</b>	Estado Civil del Asegurado:	<input type="checkbox"/>	Soltero/a <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Casado/a <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Divorciado/a <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viudo/a <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	
<b>7</b>	Constitución Familiar:	<b>Descendientes:</b>	<input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hijos <b>Ascendientes:</b>	<input type="checkbox"/>	Padres <b>Colaterales:</b>	<input type="checkbox"/>	Hermanos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sobrinos
<b>8</b>	Nota de Cesión:	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No							
<b>9</b>	Información necesaria para el cobro:											
<b>10</b>	¿Existe designación de beneficiarios?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											

Información necesaria para el cobro:		
Nombre y Apellido:	Parentesco:	CUIL:
CBU:	Correo:	
Celular:	Porcentaje:	Firma:
Nombre y Apellido:	Parentesco:	CUIL:
CBU:	Correo:	
Celular:	Porcentaje:	Firma:
Nombre y Apellido:	Parentesco:	CUIL:
CBU:	Correo:	
Celular:	Porcentaje:	Firma:
Nombre y Apellido:	Parentesco:	CUIL:
CBU:	Correo:	
Celular:	Porcentaje:	Firma:

*La / Las personas que suscribe / n, 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 herederos legales 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.*

*Asimismo, el / los beneficiario/s declara/n con carácter de declaración jurada, tener en su poder la siguiente documentación que acredita el / los vínculo / s informados, declarando tener el compromiso de presentarla cuando se encuentre disponible, a saber:*

- *Libreta de familia o certificado / s de nacimiento y acta de matrimonio actualizados por el Registro de las Personas correspondiente.*
- *CUIL de los beneficiarios.*
- *CBU de los beneficiarios.*

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Aclaración firma \_\_\_\_\_