



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