

DENUNCIA DE SINIESTRO POR MUERTE - SEGURO DE VIDA COLECTIVO -  
 PÓLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A.  
 Y SANCOR SEGUROS (COMPAÑÍA PILOTO)

Comunicamos a Uds. el fallecimiento del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándonos de la exactitud de los mismos.

**Datos a Ser Completados por el Tomador**

Apellido y Nombres (1): \_\_\_\_\_  
 Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): \_\_\_\_\_  
 D.N.I./L.E./L.C./(\*): \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
 Fecha de nacimiento: / / Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Denominación del tomador: \_\_\_\_\_  
 Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): \_\_\_\_\_  
 Datos de la póliza:  
 Número: \_\_\_\_\_ Certificado N: \_\_\_\_\_ Continuación N \_\_\_\_\_  
 Capital asegurado: \$ \_\_\_\_\_ Cargo/Profesión: \_\_\_\_\_  
 Lugar del fallecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: / / Hora: \_\_\_\_\_  
 Causa del fallecimiento (2): \_\_\_\_\_

**Antecedentes a Ser Completados por el Tomador**

Al servicio activo desde: / / Le corresponden haberes hasta: / /  
 Ultimo día que concurrió al trabajo: / / Ultimo sueldo de \$ \_\_\_\_\_ que percibía desde: / /  
 Abonó primas hasta (4): / / Fecha de ingreso al seguro (3): / /  
 En art.21 I de la Ley N20.744 hasta: / / Fecha de fallecimiento (3): / /  
 Para seguros de cónyuges: \_\_\_\_\_  
 El asegurado principal se encontraba en servicio a las fechas indicadas en (3): SI  NO   
 El asegurado principal modificó su capital el: / / (3) \_\_\_\_\_  
 Indicar los períodos de licencia por salud tomados durante los 3 (tres) últimos años o incluir anexo detallándolos y los motivos (en el caso de no haber hecho uso de inasistencias señalarlo expresamente): \_\_\_\_\_

**Datos de los Beneficiarios a Ser Completados por el Tomador**

Apellido y Nombres (**)	Parentesco	Doc. de Identidad (tipo y N)	Fecha de Nacimiento
a) _____	_____	_____	/ /
b) _____	_____	_____	/ /
c) _____	_____	_____	/ /

(\*\*) Consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben  
 Domicilio (calle, N, piso, dpto., localidad, provincia, cód. postal) y teléfono \_\_\_\_\_ Firma o impresión digital de los beneficiarios (5)  
 a) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_  
 c) \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Por este medio el/los beneficiario/s se notifica/n que hasta tanto no se cumplimenten los requisitos que SANCOR SEGUROS solicite como Compañía Piloto, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

IMPORTANTE: si diligenció formulario de designación de beneficiarios o cambio de los mismos deberá adjuntarse al presente.

BENEFICIARIOS CON DOMICILIO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: Le recordamos que de acuerdo a la Ley 14.044 de la Provincia de Buenos Aires, y las Resoluciones 91/2010 y 18/2011, aquellos beneficiarios que posean domicilio en la Provincia de Buenos Aires, tienen la obligación de confeccionar y enviar a la Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires, la Declaración Jurada del Impuesto a la Transmisión Gratuita de Bienes (Formulario F.R-550/G), previo a la presentación al cobro del beneficio. El incumplimiento de la obligación impuesta al beneficiario será sancionado según lo dispuesto por la Normativa vigente.

La Cía. Aseguradora deberá exigir a quien corresponda la acreditación del envío de tal declaración.

\_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

(\*) Tachar lo que no corresponda

El asegurado podrá solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económica financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 en el horario de 12.30hs a 18.30hs. Podrá consultar vía Internet a la siguiente dirección <http://www.ssn.gov.ar>  
 El N° de Certificado será comunicado luego de la aprobación de la solicitud.  
 La presente declaración producirá efectos sobre siniestros futuros y complementa, y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.

SANCOR SEGUROS (COMPAÑÍA PILOTO) INFORME  
DEL MÉDICO ASISTENTE

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad (se ruega completar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas), cuando ésta no figura en el Certificado de Defunción, y en todos los casos en que el deceso sea por suicidio, homicidio o accidente.

**Datos del Asegurado a Ser Completados por el Médico Asistente**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Lugar del fallecimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del fallecimiento: / /

Hora: \_\_\_\_\_

Detallar las causas inmediatas del fallecimiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Detallar la última enfermedad padecida por el asegurado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Detallar otras enfermedades concomitantes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Causa del fallecimiento:    Accidente             Suicidio             Homicidio

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal Argentino.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Aclaratorio del Médico Asistente

**IMPORTANTE:** el correcto y total diligenciamiento del presente formulario, que deberá remitirse a SANCOR SEGUROS con fotocopia autenticada del certificado de defunción, evitará consultas posteriores y acelerará la eventual liquidación del siniestro.

- (1) Si existieran diferencias de nombres del asegurado o los beneficiarios indicados, con los que figuran en el certificado individual, deberá hacerse notar en "Observaciones" si los nombres corresponden a una misma persona.
- (2) En el caso que la causal de fallecimiento, sea de origen traumático, deberá adjuntarse fotocopia autenticada de la constancia policial o judicial, mediante las cuales relate en forma pormenorizada los hechos que provocaron el deceso del asegurado y aclare expresamente si fue accidente, suicidio u homicidio.
- (3) Seguro de cónyuges: deberán llenarse sólo estos casilleros.
- (4) Llenar en todos los casos.
- (5) Los menores de edad no emancipados por matrimonio, no deben firmar; en tales casos deberá hacerlo su representante legal (padre y madre o tutor judicial, según corresponda); se acompañará certificado de nacimiento del menor, dejándose constancia en Observaciones del apellido y nombres, parentesco y referencia de documento de identidad del representante, con especial mención de la fecha de su nacimiento. Los menores emancipados por matrimonio deberán adjuntar la pertinente Partida de matrimonio.