

Formulario de denuncia Fallecimiento por Accidente

 Por favor, respondé las preguntas en forma clara y completa. **No omitas ninguna.**

Datos del Beneficiario

Nombre/s y Apellido/s Nacionalidad:
 Lugar de nacimiento: Género: *Femenino* *Masculino* *No Binario*
 Domicilio: Localidad:
 Provincia: Código Postal:
 Tipo y Nº de documento Fecha de nacimiento /..... /..... DD/MM/AAAA
 Tel. Particular Tel. Celular E-mail

Datos del Seguro de Accidentes Personales

Entidad donde adquirió el seguro:
 Fecha de Fallecimiento /..... /..... DD/MM/AAAA Lugar del Fallecimiento

Datos del denunciante

Nombre/s y Apellido/s
 Domicilio: Localidad:
 Provincia: Código Postal:
 Nº de Teléfono

Información Importante

- Deberás presentar:

- Este formulario de Denuncia Completo
- Copia de Certificado de Defunción
- Copia de Causa Penal y/o Actuaciones policiales

- Cuando no se hubieran designado beneficiarios se deberá presentar:

- Copia de Declaratoria de Herederos
- Copia de DNI de los beneficiarios
- Formulario PEP completo (personas políticamente expuestas) de cada beneficiario
- Formulario de Transferencia bancaria completo por cada beneficiario

Deberás entregar la documentación a la Compañía inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho.

La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad de la Compañía.

Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros No 17.418.

Asimismo te informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria.

Lugar y Fecha

Firma del Denunciante

Aclaración