

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

FOR-STRO-03-A



Esta declaración se formulará por la persona o personas a quienes corresponde cobrar el importe del seguro. Si hubiera más de un beneficiario, pueden hacerla conjuntamente o, si no quisieran hacerla así, se suministrará igual formulario a cada uno para que la hagan por separado.

Cuando el importe del seguro deba pagarse a un menor de edad, el padre, madre o tutor formulará la declaración.

Cuando el importe del seguro deba pagarse a un beneficiario especificado y, por la muerte de éste, deba hacerse a otra persona, se presentará un testimonio del acta de defunción del beneficiario fallecido.

Cuando el beneficiario no sepa firmar, esta declaración deberá ser firmada por una persona capacitada, con indicación de que lo hace "a pedido de _____ por no saber firmar", y a continuación firmarán dos testigos. Las primeras firmas se harán autenticar por un Escribano Público o autoridad competente del lugar. (a)

Todas las preguntas deben ser contestadas en forma clara y completa.

Póliza N° _____ Fecha vigencia ____/____/____

Capital Asegurado _____

DATOS DEL ASEGURADO

1. Nombres y apellidos completos _____

2. Documento Identidad: Tipo _____ N° _____ CUIL/CUIT/CDI _____

Estado civil _____

3. Residencias del Asegurado desde que contrato el seguro _____

4. Ocupación que tenía en la fecha que solicitó el seguro _____

5. Si hubiera cambiado posteriormente de ocupación

A) ¿Cuál fue la ocupación? _____

B) ¿Desde cuándo la ejerció? _____

6. A) Lugar de nacimiento del asegurado _____

B) Fecha de nacimiento _____

7. A) Causa del fallecimiento _____

B) Lugar del fallecimiento _____

C) Fecha del fallecimiento ____/____/____

8. Nombre, dirección y teléfonos de los médicos que hayan asistido al Asegurado durante el año anterior a la muerte _____

9. ¿En qué carácter o con qué título reclama usted el importe del seguro? _____

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

1. Copia legalizada de la partida de defunción expedida por la Oficina del Registro Civil.
2. Copia de la historia clínica del asegurado si el fallecimiento se produjo por enfermedad o copia completa del expediente judicial en el caso de fallecimiento accidental.
3. Copia del DNI de los beneficiarios.

DECLARO que lo expresado por mí/nosotros en este formulario es exacto, según mi/nuestro leal saber y entender.

BENEFICIARIO

Firma _____

Nombres y apellidos completos _____

Documento Identidad: Tipo _____ N° _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

Correo electrónico _____

Vínculo con el asegurado _____

BENEFICIARIO

Firma _____

Nombres y apellidos completos _____

Documento Identidad: Tipo _____ N° _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

Correo electrónico _____

Vínculo con el asegurado _____

BENEFICIARIO

Firma _____

Nombres y apellidos completos _____

Documento Identidad: Tipo _____ N° _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

Correo electrónico _____

Vínculo con el asegurado _____

(OBSERVACION: Menores de edad no deben firmar)

(Sólo deberán firmar los testigos en caso de que uno de los beneficiarios no sepa leer/escribir, según se explica en la página precedente)

TESTIGOS

Firma _____

Aclaración _____

Documento Identidad: Tipo _____ N° _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Firma _____

Aclaración _____

Documento Identidad: Tipo _____ N° _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

LUGAR Y FECHA