



## DECLARACION DEL BENEFICIARIO

- 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 los representantes legales del asegurado, la declaración será formulada por el albacea o administrador y se presentará copia legalizada del nombramiento y de los poderes del mismo.
- 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.

	N° de Póliza .....	Fecha de Emisión .....	Capital asegurado .....
1.	Nombre y apellido del Asegurado .....		
2.	Documento de Identidad Tipo .....	N° .....	CUIT/CUIL/CDI N°.....
	Estado Civil: .....		
3.	Residencias del Asegurado desde que contrató el seguro .....		
	.....		
4.	Ocupación que tenía en la fecha que solicitó el seguro: .....		
	.....		
5.	Si hubiera cambiado posteriormente de ocupación:		
	a)Cuál fue la nueva ocupación ? .....		
	b) Desde cuándo la ejerció ? .....		
6.	a) Lugar de nacimiento del Asegurado .....		
	b) Fecha de nacimiento .....		
	(Tómese los datos de la partida de nacimiento u otro documento fehaciente)		
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.	Desde cuándo conocía usted al extinto ? Indíquese el número de años .....		
10.	En qué otras Compañías y por qué sumas estaba asegurada la vida del extinto ? .....		
	.....		
11.	En qué carácter o con qué título reclama usted el importe del seguro ? .....		
	.....		

### DOCUMENTOS A ADJUNTAR

1. Testimonio de la partida de nacimiento u otro documento fehaciente en cuanto sea razonable, si la edad del Asegurado no hubiera sido probada ante la Compañía con anterioridad.
2. Copia legalizada de la partida de defunción expedida por la Oficina del Registro Civil.
3. 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.
4. 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 .....  
Nombre y Apellido .....  
DNI N°. .....  
CUIL N°. .....  
Domicilio .....  
Teléfono. ....  
Vínculo con el Asegurado: .....

**BENEFICIARIO** Firma .....  
Nombre y Apellido .....  
DNI N°. .....  
CUIL N°. .....  
Domicilio .....  
Teléfono. ....  
Vínculo con el Asegurado: .....

**BENEFICIARIO** Firma .....  
Nombre y Apellido .....  
DNI N°. .....  
CUIL N°. .....  
Domicilio .....  
Teléfono. ....  
Vínculo con el Asegurado: .....

**(OBSERVACION: Menores de edad no deben firmar)**

**Calidad bajo la cual solicitan la indemnización<sup>1</sup>:**

- Titular del interés asegurado
- Tercero damnificado
- Beneficiario designado o heredero legal
- Cesionario de los derechos de la póliza (deberá presentar documentación de la cesión).
- En caso que se percibiera en cumplimiento de una orden judicial debe acompañarse documentación de la cual surja:el N° de expediente, juzgado en el que tramita y copia certificada de la sentencia o el oficio judicial correspondiente.

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

(a) **TESTIGOS** Firma .....  
Aclaración .....  
DNI N°. .....  
Domicilio .....  
  
Firma .....  
Aclaración .....  
DNI N°. .....  
Domicilio .....

Lugar y Fecha .....