

FORMULARIO DENUNCIA DE FALLECIMIENTO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO / SEGURO DE SEPELIO
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES



Confiar Seguros

CONFIAR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscric. SSN 880

PÓLIZA N°

SINIESTRO N°

COMPLETAR CON FIRMA EN AMBAS CARILLAS.

Razón Social / Nombre y apellido ▶

CUIL / CUIT ▶

COBERTURA QUE DA ORIGEN AL SINIESTRO
(Marque con una cruz lo que corresponda)

Seguro
de Vida

Seguro
de Sepelio

Seguro de Accidentes
Personales

1. DATOS DEL ASEGURADO Y/O FALLECIDO

Nombre y apellido ▶

Para el caso de fallecimiento de cónyuge/conviviente/hijo/otro asegurado (consigne aquí nombres y apellidos del fallecido)

DATOS DEL FALLECIDO

Tipo y Número de Documento ▶ CUIL / CUIT ▶ Edad ▶

Fecha de nacimiento ▶ Nacionalidad ▶ Estado Civil ▶

Calle ▶

N° ▶ Dpto ▶ Piso ▶ Provincia ▶

Localidad ▶ Cod. Postal ▶

2. DATOS DEL FALLECIMIENTO

Fecha ▶ Lugar ▶ Hora ▶ Causa ▶

Si el fallecimiento es a causa de Accidente, detallar los hechos y datos del juzgado donde se radique la causa penal:

*** IMPORTANTE:** Deberá adjuntar Copia legalizada del Certificado de Defunción y del documento de identidad del asegurado y del/los beneficiarios (en caso de no haberse designado beneficiario, adjuntar copia Legalizada de la Libreta de Familia y/o partidas de nacimiento, según resulte). - Recibo de haberes del Asegurado. En caso de convivientes deberá adjuntar copia legalizada del instrumento que acredita la convivencia junto con copia legalizada de la/s Partidas de nacimiento. Si la muerte fue accidental, deberá acompañarse Formulario "Informe del Médico". En caso de solicitud de reintegro de gastos de Sepelio acompañar copia de Factura correspondiente. En caso de persona fallecida asegurada por Póliza de Accidentes Personales, acompañar: copia completa de la/s Historia/s Clínica correspondientes a todas las atenciones recibidas tras el accidente y las facturas originales de los gastos sanatoriales, honorarios médicos y gastos farmacéuticos realizados con motivo del accidente, con copia de cada prescripción médica.

3. CONSIGNAR BENEFICIARIOS DESIGNADOS Y/O HEREDEROS LEGALES.

Apellidos y Nombres	Relación/ Parentesco	Tipo y N° de DNI	%

Observaciones (consigne aquí todo dato faltante más arriba o información que quiera adicionar):

Confiar Compañía de Seguros S.A.

Av. Alicia Moreau de Justo 1120 Of 202 A | CPA C1107AAX | Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tel: (011) 5218 1252 - 5218 1253 | e-mail: info@confiarseguros.com.ar | www.confiansseguros.com.ar

FORMULARIO DENUNCIA DE FALLECIMIENTO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO / SEGURO DE SEPELIO

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES



Confiar Seguros

CONFIAR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrp. SSN 880

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente formulario son completos y exactos a mi leal saber y entender.

Solicito/amos que el pago de la indemnización correspondiente sea realizada:

1- A la/s siguiente/s cuenta/s bancaria/s:

CBU ▶ _____ Titular ▶ _____

CUIT /CUIL ▶ _____ Banco ▶ _____

2- Mediante cheque/s a nombre del/los beneficiario/s

Si elige esta opción marque con una cruz

Firma

Aclaración

DATOS DEL DENUNCIANTE DEL SINIESTRO

DNI ▶ _____ Carácter ▶ _____

Teléfono de Contacto ▶ _____ Mail ▶ _____

Domicilio ▶ _____ N° ▶ _____ Dpto ▶ _____ Piso ▶ _____

Lugar y Fecha ▶ _____