

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: \_\_\_\_\_

Ministerio o Secretaria / Repartición o Dependencia: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y Teléfono: \_\_\_\_\_

Póliza N°: \_\_\_\_\_ Certificado N°: \_\_\_\_\_

Capital: \_\_\_\_\_ Obligatorio: \$ \_\_\_\_\_ Adicional: \$ \_\_\_\_\_

Lugar de Fallecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Causa del Fallecimiento (2): \_\_\_\_\_

Caja de Jubilaciones / A.N.S.E.S. / A.F.J.P.(\*): \_\_\_\_\_

Afiliado / Jubilado N° (\*): \_\_\_\_\_ Efectivo / transitorio / contratado (\*): \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de ingreso al seguro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de Fallecimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Para seguros de Cónyuges: \_\_\_\_\_ El asegurado principal se encontraba en el servicio a las fechas

 El asegurado principal modificó su capital el: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (3) indicadas en (3): Si  No 

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 Nombre (**)	Parentesco	Doc. Identidad (Tipo y N°)	Nacimiento
a) _____	_____	_____	____ / ____ / ____
b) _____	_____	_____	____ / ____ / ____
c) _____	_____	_____	____ / ____ / ____

(\*\*) Consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben

Domicilio (Calle, N°, piso, depto., localidad, pcia., cód. postal) y teléfono: \_\_\_\_\_ Firma o Impresión digital de los beneficiarios (3): \_\_\_\_\_

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que La Caja solicite, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N° 17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

IMPORTANTE: Si diligenció formulario de designación de beneficiario o cambio de los mismos deberá adjuntarse el 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 FR-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 (\*) Tachar lo que no corresponde \_\_\_\_\_ Firma y Sello Aclaratorio del Tomador \_\_\_\_\_

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
**AUTORIZACION DE COBRO**

Autorizo/amos a Don/ña ..... para que perciba el/los importe/s que me/nos correspondiere/n del seguro constituido por el causante, de acuerdo con la reglamentación vigente. Con respecto a la percepción del/los mismo/s asumo/mimos la total responsabilidad acerca del destino que aquel/la diere al/los importe/s respectivo/s.

a) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante

b) \_\_\_\_\_ e) \_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante

c) \_\_\_\_\_ f) \_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante

**Datos personales del Autorizado o Representante Legal (4)**

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

D.N.I./L.E/L.C./(\*): \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Parentesco: SI  NO

Autorizado: padre / madre / apoderado/otros (detallar) (\*): \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y Teléfono: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Autorizado

Conste que he comprobado la identidad, fecha de nacimiento de los beneficiarios nombrados precedentemente y que las firmas y/o impresiones digitales que anteceden, puestas en mi presencia, pertenecen a los mismos, como así también que las demás referencias que figuran en este formulario son exactas.

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

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

**IMPORTANTE:** el correcto y total diligenciamiento del presente formulario, que deberá remitirse a La Caja con fotocopia autenticada del certificado de defunción, evitará consultas posteriores y aclarará la 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 constanciapolicial o judicial, mediante las cuales relate en forma pormenorizada de los hechos que probocaron el deceso del asegurado y aclare expresamente si fue accidente, suicidio u homicidio, descartando asimismo, la responsabilidad de los beneficiarios en el hecho.
- (3) Los menores de edad no emancipados por matrimonio, no deben firmar, en tales casoa 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.
- (4) Podrán autorizar los beneficiarios a otra persona, siempre que ésta sea esposo, ascendiente, descendiente o hermanos, en cuyo caso todos suscribirán estos espacios ante la persona certificante. Los analfabetos o impedidos sólo podrán hacerlo mediante acta de entrega.

(\* ) Tachar lo que no Corresponda.