

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). _____ Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante	d). _____ Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante
b). _____ Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante	e). _____ Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante
c). _____ Firma y Aclaración del Beneficiario Autorizante	f). _____ 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.