

## ACCIDENTES PERSONALES - MUERTE POR ACCIDENTE

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO**  
**ACCIDENTES PERSONALES**

**COBERTURA: MUERTE POR ACCIDENTE**

Copia autenticada del certificado de defunción del Asegurado.	<input type="checkbox"/>
Formulario Denuncia de Fallecimiento. Declaración del Beneficiario.	<input type="checkbox"/>
Formulario de Denuncia de Fallecimiento. Informe del Contratante (sólo en los Seguros de Vida Colectivo).	<input type="checkbox"/>
Copia completa de la causa judicial del accidente, incluyendo los resultados de tóxicos y alcoholemia.	<input type="checkbox"/>
Copia de los dos últimos recibos de sueldo (sólo en los Seguros de Vida Colectivo y si se tratase de Asegurado en relación de dependencia).	<input type="checkbox"/>
Designación de Beneficiarios (en caso de póliza con designación libre).	<input type="checkbox"/>
Copia del documento de identidad del / los beneficiario/s designados, incluida la hoja del último domicilio declarado (en caso de póliza con designación libre).	<input type="checkbox"/>
Carta aviso Impuesto a la Transmisión Gratuita de Bienes (Herencia).	<input type="checkbox"/>
Si la indemnización fuese igual o mayor a \$ 40.000, o su equivalente en moneda extranjera, y siempre que la persona beneficiaria sea el mismo Tomador / Asegurado, adjuntar documentación relativa a prevención de lavado de dinero según corresponda.	<input type="checkbox"/>
Cuando la indemnización a percibir por beneficiario sea igual o mayor a \$ 30.000, o su equivalente en moneda extranjera, adjuntar constancia de CUIT/CUIL del/los beneficiario/s.	<input type="checkbox"/>
Formulario "Solicitud de datos para pago por transferencia bancaria". Adjuntar copia de la cabecera del extracto bancario o certificación de CBU emitida por el banco.	<input type="checkbox"/>

## DENUNCIA DE FALLECIMIENTO INFORME DEL CONTRATANTE - SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Póliza N°: \_\_\_\_\_

**1. Datos del Asegurado**

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_

DNI / LE / LC / CI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**2. Datos sobre la póliza**

Vigencia: Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Certificado N° \_\_\_\_\_ Capital Asegurado: \_\_\_\_\_

**3. Datos del siniestro**

Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_

**4. Liquidación del siniestro**

Beneficiarios:

NOMBRE	DNI	TELÉFONO

Importante: adjuntar formulario para pago por transferencia bancaria y copia de la cabecera del extracto bancario o certificación de CBU emitida por el banco, de cada uno de los beneficiarios consignados.

**5. Observaciones**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nota: En caso que la Compañía lo requiera, deberá adjuntarse "informe del médico" y fotocopia autenticada de la partida de defunción y de cualquier otra documentación de interés obrante en su poder.

Fechado en: \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA DEL CONTRATANTE / TOMADOR

.....  
SELLO DEL CONTRATANTE / TOMADOR

## DENUNCIA DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

Póliza N°: \_\_\_\_\_

Esta declaración se formulará por la o las personas a quienes corresponde cobrar el importe del seguro. Si hubiera más de un beneficiario pueden hacerla conjuntamente, caso contrario, se suministrará igual formulario a cada uno para realizarla por separado.

- Cuando el importe del seguro deba pagarse a los representantes legales del Asegurado, la información será formulada por el albacea o administrador y deberá presentarse copia legalizada del nombramiento y de los poderes del mismo.
- Cuando el importe del seguro deba pagarse a un menor de edad, el tutor formulará la declaración.
- Cuando el importe del seguro deba pagarse a un beneficiario especificado y, por la muerte de éste, deba hacerse a una tercera persona, se presentará un testimonio legalizado del acta de defunción del beneficiario fallecido.
- Cuando el importe del seguro, o parte del mismo, deba pagarse "a los hijos del Asegurado" sin haberse mencionado el nombre de los mismos o "a los herederos legales del asegurado", se presentará declaratoria de herederos en testimonio legalizado.

Cuando el beneficiario no sepa firmar, esta declaración deberá ser firmada por una persona capacitada, con indicación de que lo hace "a ruego del/la Sr./a. (Nombre completo del beneficiario) \_\_\_\_\_ por no saber firmar", y a continuación firmarán dos testigos.

Las tres firmas se harán autenticar ante Escribano Público o autoridad competente del lugar.

NOTA: El presente formulario debe ser completado en su totalidad y en forma clara, y debe ser firmado por el Reclamante.

Por favor utilice letra imprenta. La recepción de este formulario no significa la aceptación del siniestro por parte de la Compañía. Cuando los espacios provistos para las respuestas resulten insuficientes, favor de consignar los detalles que considere relevantes en hoja aparte.

### 1. Datos del Asegurado

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_

DNI / LE / LC / CI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Domicilio de residencia del Asegurado al momento de la contratación del seguro: \_\_\_\_\_

Ocupación al contratar el Seguro: \_\_\_\_\_

Si cambió posteriormente de ocupación, ¿cuál fue la nueva ocupación? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo la ejerció? \_\_\_\_\_

### 2. Datos del siniestro

Causa del fallecimiento: \_\_\_\_\_

Lugar del accidente: \_\_\_\_\_ Lugar del fallecimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha del fallecimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Deberá adjuntar copia legalizada de la partida de defunción expedida por la oficina del Registro Civil.

Indique los datos del /los médicos que haya /n asistido al Asegurado durante el año anterior al fallecimiento:

NOMBRE	DOMICILIO / LUGAR DE ATENCIÓN	TELÉFONO

¿ Desde cuándo conocía Usted al Asegurado ? (Indique el número de años): \_\_\_\_\_

¿ En qué otras Compañías y por qué suma estaba asegurada la vida del Asegurado ? : \_\_\_\_\_

¿ En qué carácter o con qué título reclama Usted el importe del seguro ? : \_\_\_\_\_

¿ Se instituyó sumario judicial ? Sí  No  . En caso afirmativo, ¿ dónde se encuentra radicado ? : \_\_\_\_\_

“Declaro ante los testigos que firman al pie, que lo expresado por mí en este formulario es información verdadera y completa según mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para que SMG LIFE Seguros de Vida S.A. pueda recabar información adicional de cualquier médico, clínica o institución que alguna vez haya atendido al Asegurado, como así también de cualquier Compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, autorizando por la presente la entrega de dicha información”.

Fecha en: \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA DEL TESTIGO
ACLARACIÓN DE FIRMA  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA DEL TESTIGO
ACLARACIÓN DE FIRMA  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**3. Datos del Beneficiario**

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_  
 DNI / LE / LC / CI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA DEL BENEFICIARIO
ACLARACIÓN DE FIRMA

## SOLICITUD DE PAGO DE BENEFICIOS POR TRANSFERENCIA BANCARIA

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Póliza N° \_\_\_\_\_

**Datos del fallecido o el siniestrado:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

En mi carácter de Beneficiario de la póliza de referencia, solicito a Ud./s que el importe derivado de la misma, se haga efectivo mediante el Sistema de Acreditación por Transferencia, a la cuenta bancaria de mi titularidad cuyos datos consigno a continuación (\*):

Banco: \_\_\_\_\_  
N° de Cuenta: \_\_\_\_\_  
Tipo de Cuenta (Caja de Ahorro o Cta. Cte.): \_\_\_\_\_  
N° de CBU (22 dígitos): \_\_\_\_\_  
N° de C.U.I.T. / C.U.I.L.: \_\_\_\_\_

Una vez realizada la transferencia, declaro que SMG LIFE Seguros de Vida S.A. ha cumplido a mi entera satisfacción todas sus obligaciones, no teniendo en consecuencia ulterior reclamo que formular por este siniestro.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
N° DE DOCUMENTO

En carácter de (1):

- (\*) Deberá adjuntar fotocopia de la cabecera del extracto bancario o certificación de CBU emitida por el banco.  
(1) Indicar lo que corresponda (Beneficiario – Tomador – Curador – Tutor – Apoderado – En ejercicio de la patria potestad).