

FORMULARIO DENUNCIA DE FALLECIMIENTO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

EXPERTA
SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrp. SSN 0880

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 existir beneficiarios menores de edad se deberá aportar el Acta de Nacimiento. Formulario de designación de beneficiarios o Declaratoria de Herederos. Declaratoria de Derechohabientes de ANSES; únicamente válida para SCVO. Aval de cuentas (CBU) de los Beneficiarios o Herederos Legales. Últimos 6 recibos de haberes y liquidación final, certificada por el empleador. Formulario de Declaración de Persona Políticamente Expuesta y Sujeto Obligado, de los Beneficiarios o Herederos Legales. En caso de fallecimiento accidental/traumático, deberá aportar la causa penal completa/actuación policial, incluyendo autopsia y protocolo toxicológico. En caso de muerte natural, historia clínica/epicrisis de fallecimiento. Envíe la documentación requerida: siniestrosseguros@experta.com.ar. Los originales deberán enviarlos a Av. Libertador 6902, piso 12, CABA CP 1429.

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):

FORMULARIO DENUNCIA DE FALLECIMIENTO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

EXPERTA
SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscric. SSN 0880

DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto en la Resolución N°202/2015 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo N° 21 inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar. Conforme lo establecido en el Artículo N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

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 ▶ _____

Experta Seguros S.A.U.

Avenida Del Libertador 6902 Piso 12 (C1429BMP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Tel: 0800-7777-278 | e-mail: clientes@experta.com.ar | www.experta.com.ar